HOTĂRÂREA TRIBUNALULUI FUNCȚIEI PUBLICE A UNIUNII EUROPENE (Camera a treia)

13 iunie 2012 *

„Funcție publică — Fost funcționar — Asigurări sociale — Accident — Încheierea procedurii de aplicare a articolului 73 din statut — Aplicare în timp a baremului anexat la noua versiune a reglementării privind asigurarea împotriva riscurilor de accident și de boală profesională — Durata procedurii”

În cauza F-31/10,

având ca obiect o acțiune formulată în temeiul articolului 270 TFUE, aplicabil Tratatului CEEA potrivit articolului 106a din acesta,

Christian Guittet, fost funcționar al Comisiei Europene, cu domiciliul în Cannes (Franța), reprezentat de L. Levi, avocat,

reclamant,

împotriva

Comisiei Europene, reprezentată de J. Currall și de D. Martin, în calitate de agenți, asistați de J.-L. Fagnart, avocat,

pârâtă,

TRIBUNALUL FUNCȚIEI PUBLICE (Camera a treia),

compus din domnii S. Van Raepenbusch (raportor), președinte, R. Barents și K. Bradley, judecători,

grefier: domnul J. Tomac, administrator,

având în vedere procedura scrisă și în urma ședinței din 7 martie 2012,

pronunță prezenta

Hotărâre

1 Prin cererea introductivă primită la grefa Tribunalului la 14 mai 2010, domnul Guittet, fost funcționar al Comisiei Europene, solicită, în principal, anularea deciziei din 27 iulie 2009 prin care Autoritatea împuternicită să facă numiri (denumită în continuare „AIPN”) a încheiat procedura inițiată în temeiul articolului 73 din Statutul funcționarilor Uniunii Europene (denumit în continuare „statutul”) și a stabilit afectarea integrității sale fizice și psihice (denumită în continuare „AIFP”) la 64,5 %.

* Limba de procedură: franceza.

Cadrul juridic

Statutul

2 În temeiul articolului 73 alineatele (1) și (2) din statut:

„(1) În condițiile stabilite de o reglementare adoptată de comun acord de către instituțiile [Uniunii] după obținerea avizului Comitetului pentru statutul funcționarilor, funcționarul este asigurat, de la data începerii raporturilor de muncă, împotriva riscurilor de boală profesională și de accident. […]

(2) Prestațiile garantate sunt următoarele:

[…]

(b) în caz de invaliditate permanentă totală:

[p]lata către persoana interesată a unei sume forfetare egale cu de opt ori salariul său de bază anual calculat pe baza salariilor lunare acordate în cele douăsprezece luni anterioare accidentului;

(c) în caz de invaliditate permanentă parțială:

[p]lata către persoana interesată a unei părți din indemnizația prevăzută la litera (b) de mai sus, calculată pe baza baremului stabilit de reglementarea prevăzută la alineatul (1) de mai sus.

[…]

Prestațiile enumerate anterior pot fi cumulate cu cele prevăzute la capitolul 3 de mai jos.”

Reglementarea privind asigurarea adoptată în aplicarea articolului 73 din statut

Domeniu de aplicare și dispoziții tranzitorii

3 La 1 ianuarie 2006, a intrat în vigoare Reglementarea comună instituțiilor Uniunii Europene privind asigurarea împotriva riscurilor de accident și de boală profesională (denumită în continuare „reglementarea privind asigurarea” sau „noua reglementare privind asigurarea”), prevăzută la articolul 73 alineatul (1) din statut, care a înlocuit precedenta reglementare comună privind asigurarea, modificată ultima dată la 18 iulie 1997 (denumită în continuare „vechea reglementare privind asigurarea”).

4 Articolul 1 din reglementarea privind asigurarea are următorul cuprins:

„Prezenta reglementare stabilește, în conformitate cu articolul 73 din statut, condițiile în care asiguratul este acoperit în întreaga lume împotriva riscurilor de accident și de boală profesională.

În temeiul prezentei reglementări, sunt asigurați:

— funcționarii;

— agenții temporari;

— agenții contractuali.”

5 Articolul 30 din reglementarea privind asigurarea prevede următoarele dispoziții tranzitorii:

„[Vechea reglementare privind asigurarea] se abrogă.

Totuși, aceasta rămâne aplicabilă în ceea ce privește orice proiect de decizie adoptat în temeiul articolului 20 alineatul 1 înainte de 1 ianuarie 2006 [...]”

6 Articolul 31 din reglementarea privind asigurarea prevede:

„[Noua reglementare privind asigurarea] intră în vigoare în prima zi a lunii următoare celei în cursul căreia acordul comun al instituțiilor, prevăzut la articolul 73 alineatul (1) din statut, a fost constatat de către președintele Curții de Justiție [a Uniunii Europene].

Prezenta reglementare se aplică de la aceeași dată.”

Noțiunea de invaliditate permanentă

7 Articolul 11 din reglementarea privind asigurarea, intitulat „Invaliditate permanentă”, are următorul cuprins:

„1. Invaliditatea permanentă totală sau parțială se măsoară prin [AIFP], conform baremului european de evaluare a afectării integrității fizice și psihice prevăzut în anexa A.

Se aplică modalitățile practice de utilizare a baremului prevăzut în anexa B.

[...]

2. În caz de invaliditate permanentă totală a asiguratului cauzată de un accident sau de o boală profesională, [AIFP] este de 100 % și asiguratului i se plătește suma forfetară prevăzută la articolul 73 alineatul (2) litera (b) din statut.

3. În caz de invaliditate permanentă parțială a asiguratului cauzată de un accident sau de o boală profesională, acestuia i se plătește suma forfetară prevăzută la articolul 73 alineatul (2) litera (c) din statut, stabilită în funcție de ratele prevăzute de barem [...]

4. Leziunea membrelor sau organelor deja infirme se indemnizează numai cu diferența dintre starea acestora înainte și după accident.

5. [...]

6. Indemnizația totală care rezultă în urma mai multor invalidități cauzate de același accident se obține prin cumul, fără a se putea depăși nici suma forfetară integrală asigurată pentru invaliditatea permanentă totală, nici suma parțială asigurată pentru pierderea totală sau pierderea completă a funcției membrului sau organului lezat.”

8 Vechea reglementare privind asigurarea prevedea la articolul 12:

„1. În caz de invaliditate permanentă totală a funcționarului, rezultată dintr-un accident sau dintr-o boală profesională, îi este plătită suma prevăzută la articolul 73 alineatul (2) litera (b) din statut.

2. În caz de invaliditate permanentă parțială a funcționarului cauzată de un accident sau de o boală profesională, acestuia i se plătește suma forfetară stabilită în funcție de ratele prevăzute de baremul de invaliditate care figurează în anexă.”

Indemnizația complementară

9 Articolul 13 din reglementarea privind asigurarea prevede că, în urma avizului medicilor desemnați de instituții sau de comisia medicală menționată la articolul 22, se acordă asiguratului o indemnizație complementară pentru invaliditate permanentă parțială pentru prejudiciul estetic, prejudiciul sexual (cu excepția tulburărilor de reproducere), durerile cu caracter neobișnuit care nu sunt confirmate obiectiv, dar care sunt plauzibile din punct de vedere medical, prejudicierea desfășurării activităților de agrement specifice asiguratului. Această indemnizație se stabilește în funcție de grila de evaluare a prejudiciilor speciale din anexa C la reglementarea privind asigurarea.

Dispoziții procedurale

10 Articolul 18 din reglementarea privind asigurarea prevede că deciziile referitoare la recunoașterea evenimentului ca reprezentând un accident sau la recunoașterea originii profesionale a bolii, precum și la stabilirea gradului de invaliditate permanentă sunt adoptate de AIPN în conformitate cu procedura prevăzută la articolul 20 din aceeași reglementare, pe baza concluziilor formulate de medicul sau de medicii desemnați de instituții și, dacă persoana asigurată solicită acest lucru, după consultarea comisiei medicale prevăzute la articolul 22 din reglementarea menționată.

11 În temeiul alineatului 3 al articolului 19 din reglementarea privind asigurarea, intitulat „Consolidarea leziunilor”:

„Decizia privind stabilirea gradului de invaliditate este luată după consolidarea leziunilor asiguratului. Sechelele accidentului sau ale bolii profesionale sunt consolidate atunci când aceste sechele sunt stabilizate sau atunci când acestea se atenuează foarte lent și într-o măsură foarte limitată. În acest sens, asiguratul are obligația de a transmite un raport medical de constatare a consolidării stării sale, indicând natura leziunilor. Cu toate acestea, medicul sau medicii desemnați de instituție sau comisia medicală prevăzută la articolul 22 se pot pronunța asupra consolidării chiar și în lipsa unui astfel de raport medical.

[…]”

12 Articolul 20 din reglementarea privind asigurarea prevede:

„1. Înainte de a lua o decizie în temeiul articolului 18, [AIPN] notifică persoanei asigurate sau persoanelor aflate în întreținerea acesteia proiectul de decizie, însoțit de concluziile medicului sau medicilor desemnați de instituție. Persoana asigurată sau persoanele aflate în întreținerea acesteia pot cere ca raportul medical complet să fie trimis unui medic ales de aceștia sau raportul să le fie comunicat.

2. Persoana asigurată sau persoanele aflate în întreținerea acesteia pot solicita, în termen de [60] de zile, emiterea avizului de către comisia medicală prevăzută la articolul 22. Cererea de sesizare a comisiei medicale trebuie să precizeze numele medicului care reprezintă persoana asigurată sau persoanele aflate în întreținerea acesteia [și să fie] însoțită de raportul acestui medic, în care se precizează medicului sau medicilor desemnați de instituție aspectele medicale contestate în vederea aplicării dispozițiilor prezentei reglementări.

3. În cazul în care, la expirarea termenului menționat, nu a fost înaintată nicio cerere de consultare a comisiei medicale, [AIPN] adoptă decizia conform proiectului.”

13 Vechea reglementare privind asigurarea prevedea la articolul 20 primul paragraf:

„Decizia de stabilire a gradului de invaliditate este luată după consolidarea leziunilor funcționarului. [În] acest scop, funcționarul este obligat să transmită un raport medical de constatare a însănătoșirii, respectiv a consolidării stării sale, indicând în cuprinsul acestuia natura leziunilor.”

14 Potrivit articolului 22 din reglementarea privind asigurarea, intitulat „Comisia medicală”:

„1. Comisia medicală este compusă din trei medici desemnați:

— primul, de către asigurat sau de către persoanele aflate în întreținerea acestuia,

— al doilea, de către [AIPN],

— al treilea, de comun acord de către cei doi medici desemnați astfel cum se prevede mai sus.

În lipsa unui acord asupra desemnării celui de-al treilea medic, în termen de două luni de la data desemnării celui de-al doilea medic, al treilea medic este numit din oficiu de președintele Curții de Justiție, la inițiativa uneia dintre părți.

Indiferent de modul de desemnare a celui de-al treilea medic, acesta trebuie să fie specializat în evaluarea și tratamentul leziunilor corporale.

2. Instituția stabilește mandatul atribuit comisiei medicale. Acest mandat acoperă chestiunile de ordin medical care rezultă din raportul medicului care reprezintă asiguratul sau persoanele aflate în întreținerea acestuia, precum și de alte rapoarte medicale pertinente transmise în temeiul articolului 20 alineatul 2.

Onorariile și cheltuielile medicilor care formează comisia medicală sunt stabilite în conformitate cu un barem adoptat de [ș]efii administrațiilor instituțiilor […], în funcție de complexitatea dosarului încredințat comisiei medicale.

Înainte de a confirma mandatul atribuit comisiei medicale, instituția informează asiguratul sau persoanele aflate în întreținerea acestuia cu privire la onorariile și cheltuielile care pot rămâne în sarcina acestora în aplicarea alineatului 4. Asiguratul sau persoanele aflate în întreținerea acestuia nu pot în niciun caz recuza cel de-al treilea medic din cauza valorii onorariilor și costurilor solicitate de acesta. Cu toate acestea, aceștia pot renunța în orice moment la procedura de sesizare a comisiei medicale. În acest caz, onorariile și cheltuielile medicului ales de asigurat sau de persoanele aflate în întreținerea acestuia, precum și jumătate din onorariile și cheltuielile pentru cel de-al treilea medic, aferente serviciilor prestate până la momentul respectiv, rămân în sarcina asiguratului sau a persoanelor aflate în întreținerea acestuia.

Asiguratul sau persoanele aflate în întreținerea acestuia continuă să aibă obligația plății către medicul acestuia a sumelor convenite cu acest medic, indiferent de suma pe care instituția acceptă să o plătească.

3. Comisia medicală colaborează la examinarea totalității documentelor disponibile, care îi pot fi utile la efectuarea evaluărilor, orice decizie fiind adoptată în situație de majoritate. Este de competența comisiei medicale să își stabilească regulamentul de procedură și modalitățile de funcționare. Cel de-al treilea medic este însărcinat cu secretariatul comisiei și cu redactarea raportului. Comisia medicală poate solicita examinări suplimentare și poate consulta experți pentru a completa dosarul sau pentru a obține avize utile care să contribuie la îndeplinirea cu succes a misiunii.

Comisia medicală nu poate emite avize medicale decât asupra chestiunilor care îi sunt înaintate spre analiză sau care îi sunt aduse la cunoștință.

În cazul în care comisia medicală, a cărei misiune se limitează la aspectul pur medical al dosarului, estimează că se află în fața unui litigiu de natură juridică, comisia declară că dosarul nu este de competența sa.

La încheierea lucrărilor, comisia medicală își prezintă concluziile într-un raport adresat [AIPN].

Pe baza acestui raport, [AIPN] notifică asiguratului sau persoanelor aflate în întreținerea acestuia decizia sa, însoțită de concluziile comisiei medicale. Asiguratul sau persoanele aflate în întreținerea acestuia pot cere ca raportul complet al comisiei să fie trimis unui medic ales de aceștia sau ca raportul să le fie comunicat.

4. Costurile aferente activității comisiei medicale sunt suportate de instituția de care aparține asiguratul.

Cu toate acestea, atunci când avizul comisiei medicale este conform cu proiectul de decizie a [AIPN], asiguratul sau persoanele aflate în întreținerea acestuia trebuie să suporte onorariile și costurile auxiliare ale medicului pe care l-au ales și jumătate din onorariile și costurile auxiliare ale celui de-al treilea medic, restul fiind suportat de instituție.

[…]”

15 Vechea reglementare privind asigurarea prevedea la articolul 23, referitor la comisia medicală:

„1. Comisia medicală este compusă din trei medici desemnați:

— primul, de către [AIPN],

— al doilea, de către funcționar sau de către persoanele aflate în întreținerea acestuia,

— al treilea, de comun acord de către cei doi medici desemnați astfel cum se prevede mai sus.

[În] lipsa unui acord asupra desemnării celui de-al treilea medic, în termen de două luni de la data desemnării celui de-al doilea medic, al treilea medic este numit din oficiu de președintele Curții de Justiție […] la inițiativa uneia dintre părți.

La încheierea lucrărilor, comisia medicală își prezintă concluziile într-un raport adresat [AIPN] și funcționarului sau persoanelor aflate în întreținerea acestuia.

2. Costurile aferente activității comisiei medicale sunt suportate de către instituția de care aparține funcționarul.

În cazul în care locul de reședință a medicului desemnat de funcționar este altul decât locul de repartizare a acestuia din urmă, funcționarul suportă onorariul suplimentar care rezultă din această desemnare, cu excepția cheltuielilor de transport la clasa întâi pe calea ferată sau la clasa economică cu avionul, care sunt rambursate de instituție. Această dispoziție nu este aplicabilă în situația în care este vorba despre un accident survenit în exercitarea sau cu ocazia exercitării funcției, sau în cazul unui accident survenit în timpul deplasării către sau dinspre locul de muncă, ori în cazul unei boli profesionale.

Atunci când avizul comisiei medicale este conform cu proiectul de decizie a [AIPN], notificat funcționarului sau persoanelor aflate în întreținerea acestuia în temeiul articolului 21, aceștia trebuie să suporte onorariile și costurile auxiliare ale medicului pe care l-au ales și jumătate din onorariile și costurile auxiliare ale celui de-al treilea medic, restul fiind suportat de instituție, cu excepția cazului în care este vorba despre un accident survenit în exercitarea sau cu ocazia exercitării funcției, sau în cazul unui accident survenit în timpul deplasării către sau dinspre locul de muncă.

Cu toate acestea, în cazuri excepționale și prin decizie a [AIPN] adoptată după obținerea avizului medicului desemnat de aceasta, toate cheltuielile prevăzute la paragrafele precedente pot fi suportate de instituție."

Situația de fapt

16 Reclamantul a fost victima unui accident grav la 8 decembrie 2003. Acest accident a avut drept consecință stabilirea invalidității sale, în temeiul articolului 78 din statut, începând cu 1 iulie 2005.

17 Pe de altă parte, în urma declarației de accident formulate de soția reclamantului, Comisia a inițiat o procedură în temeiul articolului 73 din statut.

18 La 10 aprilie 2005, medicul desemnat de instituție a întocmit un raport intermediar în vederea stabilirii unei indemnizații provizorii. În respectivul raport, acesta estima că gradul de invaliditate permanentă în momentul consolidării va fi de cel puțin 20 %.

19 La 30 mai 2005, reclamantul s-a adresat Oficiului „Administrarea și Plata Drepturilor Individuale" (PMO) solicitând reexaminarea dosarului în vederea stabilirii fracțiunii din gradul de invaliditate permanentă care nu poate fi contestată „la un nivel care să corespundă mai bine cu realitatea".

20 PMO a dat curs acestei cereri a reclamantului și a solicitat medicului desemnat de instituție să stabilească cu precizie fracțiunea din gradul de invaliditate permanentă care nu poate fi contestată, ținând seama, dacă este cazul, de argumentele prezentate de reclamant în favoarea unei rate mai ridicate.

21 Într-un al doilea raport intermediar, din data de 1 iulie 2005, medicul desemnat de instituție a estimat că fracțiunea din gradul de invaliditate permanentă care nu poate fi contestată putea fi stabilită la 40 %.

22 Pe baza acestui raport, prin decizia din 8 august 2005, PMO a acordat reclamantului o indemnizație provizorie în cuantum de 381 812,22 euro. Reclamantul a primit această indemnizație în luna noiembrie 2005.

23 Între timp, în ceea ce privește consolidarea leziunilor sale, reclamantul transmisese PMO un raport, întocmit la 28 iunie 2005 de un medic ales prin grija sa, care indica faptul că leziunile erau consolidate. Comisia arată, fără a fi contrazisă cu privire la acest aspect, că acest raport a fost comunicat PMO la 30 iunie 2005.

24 Într-un raport din data de 21 septembrie 2006 întocmit în temeiul articolului 20 alineatul 1 din reglementarea privind asigurarea, medicul desemnat de instituție a constatat că sechelele reclamantului erau consolidate din 28 iunie 2005; acesta a indicat, făcând aplicarea noii reglementări privind asigurarea, că reclamantul prezenta un grad de AIFP de 62 %, compusă în modul următor: 37 % pentru sechelele ORL (12 % pentru pierderea auditivă, 3 % pentru acufene, 20 % pentru tulburările de echilibru și 2 % pentru olfacție), 15 % pentru sechelele reumatologice și 10 % pentru sechelele psihoafective. Medicul a constatat, în plus, că reclamantul suferea un prejudiciu estetic permanent de 3/7, care justifica o indemnizație complementară de 1,5 %.

25 În temeiul raportului medicului desemnat de instituție din 21 septembrie 2006, printr-un proiect de decizie din 7 noiembrie 2006, AIPN a acordat reclamantului o sumă forfetară de 606 126,90 euro, corespunzând unei AIFP de 63,5 %, pentru calcularea soldului acesteia trebuind să fie dedus cuantumul indemnizației provizorii care îi fusese acordată, respectiv 381 812,22 euro. La sfârșitul anului 2006, reclamantul a primit astfel suma de 224 314,68 euro, în completarea indemnizației provizorii primite anterior.

26 Nefiind de acord cu proiectul de decizie din 7 noiembrie 2006, prin scrisoarea din 18 ianuarie 2007, reclamantul a solicitat sesizarea comisiei medicale.

27 Întrucât medicul desemnat de reclamant și medicul desemnat de instituție nu au ajuns la un acord cu privire la numele celui de al treilea medic care trebuia să facă parte din comisia medicală, prin scrisoarea din 5 mai 2007, reclamantul a sesizat președintele Curții de Justiție în vederea desemnării din oficiu a acestui medic. La 25 iulie 2007, luând act de desemnarea celui de al treilea medic și de acceptarea de către acesta a misiunii sale, PMO l-a mandatat în numele comisiei medicale.

28 Comisia medicală s-a întrunit în două ședințe, la 3 ianuarie și la 13 octombrie 2008, în urma cărora cel de al treilea medic a întocmit un raport în data de 12 noiembrie 2008 (denumit în continuare „raportul comisiei medicale”).

29 Raportul comisiei medicale confirmă că reclamantul prezintă un grad de AIFP de 62 % și că prejudiciul estetic permanent de 3/7 justifică o indemnizație complementară de 1,5 %. În plus, acesta constată că reclamantul suferă un prejudiciu de agrement de 2/7, care justifică o indemnizație complementară de 1 %.

30 Raportul comisiei medicale confirmă de asemenea data consolidării leziunilor reclamantului, și anume 28 iunie 2005.

31 Raportul comisiei medicale a fost semnat de medicul desemnat de instituție.

32 Prin scrisorile din 2 decembrie 2008, din 21 ianuarie 2009 și din 28 martie 2009, medicul desemnat de reclamant și-a exprimat dezacordul față de raportul comisiei medicale, pe care în final l-a semnat și l-a trimis celui de al treilea medic la 28 martie 2009. În ceea ce privește concluziile la care ajungea acest raport, medicul desemnat de reclamant a arătat astfel că comisia medicală ar fi trebuit să utilizeze vechiul barem de evaluare a AIFP-urilor, care ar fi condus la un grad de invaliditate permanentă mai ridicat.

33 Raportul comisiei medicale a fost primit de PMO la 9 iunie 2009. Având în vedere acest raport, prin decizia din 27 iulie 2009, AIPN a recunoscut în privința reclamantului un grad de AIFP care atingea în total 64,5 % și i-a indicat că restul de plată din suma forfetară care îi era datorată, în cuantum de 9 543,31 euro și corespunzând unui grad de AIFP de 1 %, urmează să îi fie plătit. Suma în cauză a fost plătită reclamantului la 9 noiembrie 2009.

34 La 23 octombrie 2009, reclamantul a formulat o reclamație în temeiul articolului 90 alineatul (2) din statut împotriva deciziei AIPN din 27 iulie 2009. Reclamația a fost completată de o argumentație detaliată, din data de 8 decembrie 2009. Această reclamație a fost respinsă prin decizia AIPN din 15 februarie 2010.

Concluziile părților

35 Reclamantul solicită Tribunalului:

— anularea deciziei adoptate de AIPN la 27 iulie 2009 de încheiere a procedurii inițiate în temeiul articolului 73 din statut în urma accidentului din 8 decembrie 2003 și de recunoaștere a unui grad de AIFP de 64,5 %;

— în măsura în care este necesar, anularea deciziei din 15 februarie 2010 de respingere a reclamației reclamantului;

— în consecință, realizarea evaluării gradului AIFP-ului său pe baza reglementării privind asigurarea și a baremului de evaluare a AIFP-urilor în vigoare în ziua accidentului și până la 1 ianuarie 2006 și reluarea examinării cererii introduse de acesta în temeiul articolului 73 din statut de către o comisie medicală compusă în mod imparțial, independent și neutru, care să poată lucra rapid, în deplină independență și fără prejudecăți;

— obligarea Comisiei la plata de dobânzi de întârziere pentru suma forfetară datorată în temeiul articolului 73 din statut, la o rată de 12 %, pentru o perioadă începând cel mai târziu la 8 decembrie 2004 și până la plata completă a sumei forfetare;

— obligarea Comisiei la plata de daune interese, stabilite *ex aequo et bono* la suma de 50 000 de euro pentru prejudiciul moral suferit din cauza deciziei contestate;

— stabilirea plății unor daune interese de 15 000 de euro pentru prejudiciul material suferit;

— obligarea Comisiei la plata tuturor cheltuielilor de judecată.

36 Comisia solicită Tribunalului:

— declararea acțiunii ca inadmisibilă sau, cel puțin, ca nefondată;

— pronunțarea asupra cheltuielilor de judecată potrivit prevederilor legale.

În drept

Cu privire la obiectul litigiului

37 Pe lângă anularea deciziei din 27 iulie 2009, prin care AIPN a decis să recunoască în privința reclamantului un grad de AIFP de 64,5 % (denumită în continuare „decizia din 27 iulie 2009”), acesta solicită anularea deciziei din 15 februarie 2010 prin care i s-a respins reclamația. În această privință, trebuie să amintim că concluziile în anulare îndreptate formal împotriva deciziei de respingere a unei reclamații, în cazul în care sunt, în sine, lipsite de conținut autonom, au efectul de a sesiza Tribunalul cu privire la actul împotriva căruia a fost prezentată reclamația (a se vedea în acest sens Hotărârea Curții din 17 ianuarie 1989, Vainker/Parlamentul European, 293/87, punctul 8, Hotărârea Tribunalului de Primă Instanță din 6 aprilie 2006, Camós Grau/Comisia, T-309/03, punctul 43).

38 Întrucât concluziile în anulare îndreptate împotriva deciziei de respingere a reclamației formulate împotriva deciziei din 27 iulie 2009 sunt, în speță, lipsite de conținut autonom, acțiunea trebuie considerată ca fiind formal introdusă împotriva acestei din urmă decizii.

Cu privire la concluziile în anulare

39 În susținerea concluziilor sale în anulare, reclamantul invocă opt motive:

— primul, întemeiat pe nelegalitatea baremului de evaluare a AIFP-urilor care i-a fost aplicat;

— al doilea, întemeiat pe încălcarea unei convenții încheiate între Comunitatea Europeană și o societate de asigurare, precum și pe încălcarea articolului 73 din statut pentru motivul că Comisia ar fi acordat întâietate intereselor „asigurătorilor”;

— al treilea, întemeiat pe nerespectarea termenului rezonabil, pe încălcarea principiului bunei administrări și a obligației de solicitudine;

— al patrulea, întemeiat pe încălcarea principiilor securității juridice și neretroactivității, precum și pe atingerea adusă drepturilor dobândite;

— al cincilea, întemeiat pe caracterul neopozabil al noii reglementări privind asigurarea;

— al șaselea, întemeiat pe neregularitatea desemnării celui de al treilea medic al comisiei medicale și pe încălcarea principiului bunei-credințe;

— al șaptelea, întemeiat pe încălcarea principiilor colegialității, independenței, imparțialității și neutralității care trebuie să guverneze lucrările comisiei medicale;

— al optulea, întemeiat pe depășirea de către comisia medicală a mandatului său, pe o eroare vădită care afectează raportul comisiei medicale și pe neregularitatea motivării acestuia.

40 Trebuie analizat, mai întâi, al patrulea motiv, întemeiat pe încălcarea principiilor securității juridice și neretroactivității, precum și pe atingerea adusă drepturilor dobândite.

Cu privire la motivul întemeiat pe atingerea adusă drepturilor dobândite și pe încălcarea principiilor securității juridice și neretroactivității

– Cu privire la admisibilitatea motivului

41 Comisia susține că motivul în cauză este inadmisibil. Astfel, acesta ar fi fost deja invocat de reclamant în cadrul unei reclamații pe care a introdus-o anterior în cursul aceleiași proceduri inițiate în temeiul articolului 73 din statut. Or, potrivit Comisiei, această reclamație ar fi făcut obiectul unei decizii de respingere din 31 iulie 2006, care, nefiind contestată, ar fi devenit definitivă.

42 Cu toate aceastea, nu există nicio îndoială și nu este de altfel contestat de Comisie că decizia din 27 iulie 2009 este un act care lezează și că respingerea reclamației, pe care o invocă Comisia, este anterioară acestei decizii.

43 Or, reclamantul are posibilitatea de a invoca orice motiv, argument sau fapt susceptibil de a pune în discuție legalitatea unui act care lezează, chiar dacă a invocat deja același motiv, argument sau fapt în susținerea unei reclamații anterioare care viza un alt act (a se vedea în acest sens Hotărârea Tribunalului din 14 septembrie 2011, A/Comisia, F-12/09, punctul 136, care face obiectul unui recurs pendinte în fața Tribunalului Uniunii Europene, cauza T-595/11 P).

– Cu privire la temeinicia motivului

44 Potrivit articolelor 30 și 31 din noua reglementare privind asigurarea, vechea reglementare privind asigurarea se abrogă, iar noua reglementare intră în vigoare în prima zi a lunii următoare celei în cursul căreia acordul comun al instituțiilor, prevăzut la articolul 73 alineatul (1) din statut, a fost constatat de președintele Curții de Justiție și se aplică de la această dată. În speță, având în vedere că acordul comun al instituțiilor prevăzut la articolul 73 alineatul (1) din statut a fost constatat de președintele Curții de Justiție la 13 decembrie 2005, noua reglementare privind asigurarea a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2006. Articolul 30 al doilea paragraf din noua reglementare privind asigurarea precizează cu toate acestea că vechea reglementare privind asigurarea, care trebuie să se înțeleagă că include baremul de evaluare a AIFP-urilor care era anexat la aceasta, „rămâne aplicabilă în ceea ce privește orice proiect de decizie [adoptat de AIPN] înainte de 1 ianuarie 2006”, cu alte cuvinte, pentru orice proiect de decizie adoptat anterior acestei date și care privește recunoașterea originii accidentale a unui eveniment sau a originii profesionale a unei boli, stabilirea gradului de AIFP și a cuantumului sumei forfetare corespunzătoare.

45 Reclamantul susține că aplicarea în privința sa a baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la noua reglementare privind asigurarea aduce atingere drepturilor pe care le-a dobândit sub imperiul dispozițiilor vechii reglementări privind asigurarea. Acesta arată că accidentul, declarația de accident și chiar consolidarea leziunilor dau naștere unor drepturi pe care asiguratul le dobândește la datele la care au avut loc. În consecință, deși nu fusese încă adoptat niciun proiect de decizie de AIPN în cadrul procedurii inițiate în urma accidentului din 8 decembrie 2003, ar fi trebuit să îi fie aplicat baremul de evaluare a AIFP-urilor care era anexat la vechea reglementare privind asigurarea.

46 Reclamantul invocă astfel nelegalitatea articolului 30 din reglementarea privind asigurarea ca urmare a faptului că acesta nu ar prevedea menținerea baremului de evaluare al AIFP-urilor, care era anexat la vechea reglementare privind asigurarea, în procedurile angajate anterior datei de 1 ianuarie 2006, data intrării în vigoare a noii reglementări privind asigurarea, decât în ipoteza în care procedura ar fi ajuns, la această dată, la stadiul proiectului de decizie adoptat de AIPN, în timp ce, de vreme ce accidentul, declarația de accident sau consolidarea leziunilor ar fi intervenit anterior datei de 1 ianuarie 2006, vechea reglementare privind asigurarea ar trebui să își continue aplicarea până la finalizarea procedurii inițiate în temeiul articolului 73 din statut.

47 În această privință, trebuie amintit, cu titlu introductiv, că, potrivit unui principiu general recunoscut, o normă nouă este, cu excepția cazului în care se prevede altfel, de imediată aplicare pentru situațiile care vor lua naștere în viitor, precum și pentru efectele viitoare ale situațiilor care au luat naștere, fără a fi însă constituite în întregime, sub imperiul vechii norme (a se vedea în acest sens Hotărârea Curții din 15 februarie 1978, Bauche și Delquignies, 96/77, punctul 48, Hotărârea din 16 mai 1979, Tomadini, 84/78, punctul 21, Hotărârea din 5 februarie 1981, P./Comisia, 40/79, punctul 12, Hotărârea din 10 iulie 1986, Licata/CES, 270/84, punctul 31, și Hotărârea din 29 ianuarie 2002, Pokrzeptowicz-Meyer, C-162/00, punctul 50, Ordonanța Curții din 13 iunie 2006, Echouikh, C-336/05, punctul 54, Hotărârea Curții din 22 decembrie 2008, Centeno Mediavilla și alții/Comisia, C-443/07 P, punctele 61-63, Hotărârea Tribunalului din 30 noiembrie 2006, Balabanis și Le Dour/Comisia, F-77/05, punctul 39, și Hotărârea Tribunalului din 4 septembrie 2008, Lafili/Comisia, F-22/07, punctul 84).

48 În speță, trebuie, așadar, să se verifice dacă, la momentul la care noua reglementare privind asigurarea a devenit aplicabilă, și anume la 1 ianuarie 2006, reclamantul se găsea, după cum pretinde, într-o situație constituită în întregime sub imperiul baremului de evaluare a AIFP-urilor care era anexat la vechea reglementare privind asigurarea. Doar în această ipoteză ar putea să se recunoască efectiv că baremul noii reglementări privind asigurarea – barem care, de altfel, nu poate fi considerat o normă de procedură [a se vedea, *a contrario*, Hotărârea Curții din 6 iulie 1993, CT Control (Rotterdam) și JCT Benelux/Comisia, C-121/91 și C-122/91, punctele 22 și 23] – a fost aplicat în mod retroactiv

reclamantului. În acest caz, ar trebui examinată excepția de nelegalitate ridicată de reclamant și, în special, legalitatea aplicării retroactive a baremului noii reglementări privind asigurarea în raport cu principiile securității juridice și respectării încrederii legitime.

49 Înainte de a examina această chestiune, este important de subliniat că, potrivit articolului 12 alineatul 2 din vechea reglementare privind asigurarea, precum și, de altfel, potrivit articolului 11 alineatul 3 din noua reglementare privind asigurarea, suma forfetară prevăzută la articolul 73 alineatul (2) litera (c) din statut, în caz de invaliditate permanentă parțială, este stabilită în funcție de gradele prevăzute în baremul de evaluare a AIFP-urilor anexat la fiecare dintre aceste reglementări.

50 În aceste condiții, pentru ca situația unui asigurat să fie constituită în întregime sub imperiul baremului de evaluare a AIFP-urilor care era anexat la vechea reglementare privind asigurarea, trebuie să se stabilească faptul că, cel mai târziu în ziua care a precedat data intrării în vigoare a noii reglementări privind asigurarea, și anume 31 decembrie 2005, situația sa era de o asemenea natură, încât putea da naștere unui drept la stabilirea AIFP-ului său potrivit gradelor prevăzute în baremul de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea.

51 În această privință, trebuie să se observe că simpla survenire a accidentului sau a bolii profesionale nu este suficientă pentru a da naștere, în beneficiul asiguratului, la un drept la stabilirea AIFP-ului său.

52 Este adevărat că articolul 73 din statut prevede că funcționarul este „asigurat de la data începerii raporturilor de muncă” împotriva riscurilor de boală profesională și de accident Această dispoziție prevede de asemenea că prestațiile care acoperă aceste riscuri îi sunt „garantate” funcționarului.

53 Cu toate acestea, deși legiuitorul Uniunii a instituit un sistem de asigurare împotriva riscurilor de accident și de boală profesională, instituțiile, acționând în temeiul articolului 73 alineatul (1) din statut, au făcut ca obținerea dreptului la prestațiile de asigurare în cauză și, prin urmare, plata acestora să depindă de respectarea unui anumit număr de condiții.

54 Astfel, în temeiul articolului 20 primul paragraf din vechea reglementare privind asigurarea, la fel ca, de altfel, în temeiul articolului 19 alineatul 3 din noua reglementare privind asigurarea, decizia de stabilire a gradului de AIFP nu poate să intervină decât după consolidarea leziunilor asiguratului, consolidarea fiind starea unei victime în care leziunile s-au stabilizat într-un mod în care nu mai par susceptibile de vindecare sau de ameliorare, iar un tratament nu mai este, în principiu, indicat decât pentru a evita o agravare (Hotărârea Tribunalului de Primă Instanță din 21 mai 1996, W/Comisia, T-148/95, punctul 36).

55 Acest lucru semnifică, astfel cum a hotărât Curtea în Hotărârea din 14 iulie 1981, Suss/Comisia (C-186/80, punctul 15; a se vedea de asemenea Hotărârea Tribunalului din 17 februarie 2011, Strack/Comisia, F-119/07, punctul 88), că dreptul la plata indemnizației prevăzute la articolul 73 alineatul (2) litera (c) din statut în caz de invaliditate permanentă parțială, precum în speță, nu ia naștere decât la consolidarea tuturor leziunilor. De asemenea, doar începând cu această dată, asiguratul dispune de un drept de a i se stabili AIFP-ul.

56 Având în vedere că situația asiguratului, în privința dreptului său de a i se stabili gradul AIFP-ului, este constituită în întregime la momentul consolidării leziunilor, asiguratului trebuie, în principiu, să i se aplice baremul de evaluare a AIFP-urilor în vigoare la data acestei consolidări.

57 De altfel, trebuie subliniat că, contrar celor susținute de Comisie, situația asiguratului în materie de asigurare împotriva riscurilor de accident sau de boală profesională se distinge în mod clar de cea a persoanei care a susținut cu succes un concurs în materie de drept la încadrarea în grad, care era în discuție în Hotărârea Centeno Mediavilla și alții/Comisia, citată anterior (punctele 63-68). Astfel, încadrarea în grad a persoanei care a susținut cu succes un concurs este condiționată de numirea persoanei în cauză. Or, administrația dispune de o largă putere de apreciere în ceea ce privește

numirea persoanelor care au susținut cu succes un concurs, această largă putere de apreciere fiind corolarul faptului că textele nu prevăd că aceste persoane sunt titulare, în această calitate, ale unui drept de a fi numite. Dimpotrivă, indemnizația unui asigurat în urma unui accident sau a unei boli profesionale nu rezultă dintr-o alegere a administrației, efectuată în temeiul unei largi puteri de apreciere de care aceasta ar dispune, ci din constatarea unei invalidități permanente după consolidare.

58 Desigur, este adevărat, astfel cum a observat Comisia, că, la data consolidării leziunilor, asiguratul nu este încă decât creditorul unei „datorii de valoare", iar nu al unei „datorii lichide", suma datorată nefiind stabilită decât la momentul adoptării deciziei AIPN de stabilire, pe baza aprecierilor medicale, a gradului de AIFP și a cuantumului sumei forfetare corespunzătoare.

59 Cu toate acestea, deși creanța asiguratului nu este lichidă decât la momentul adoptării deciziei AIPN, pe baza opiniei medicului instituției sau a comisiei medicale, care stabilește cuantumul sumei forfetare datorate, o astfel de decizie, care finalizează, în principiu, procedura inițiată în temeiul articolului 73 din statut, presupune că, în prealabil, a fost stabilit gradul de AIFP al asiguratului. Or, problema care se pune în speță este tocmai aceea de a determina baremul de evaluare a AIFP-urilor în funcție de care revine medicului desemnat de instituție și, după caz, comisiei medicale obligația de a evalua AIFP-ul unui asigurat a cărui consolidare a leziunilor corporale sau psihice a intervenit înainte de intrarea în vigoare a noii reglementări privind asigurarea.

60 În sfârșit, dacă s-ar reține ca dată relevantă pentru stabilirea baremului de evaluare a AIFP-urilor aplicabile data adoptării de AIPN a proiectului de decizie care stabilește gradul de AIFP a asiguratului și cuantumul sumei forfetare corespunzătoare, astfel cum rezultă din articolul 30 din noua reglementare privind asigurarea, acest lucru ar putea conduce la aplicarea unor reguli diferite în cazul unor persoane a căror consolidare a leziunilor ar avea loc totuși în același moment, în funcție de gradul de celeritate de care ar fi făcut dovadă administrația cu ocazia soluționării dosarelor acestora, fără a exclude riscul arbitrariului (a se vedea, în ceea ce privește stabilirea dreptului aplicabil în materie de lichidare a drepturilor la pensia complementară, Hotărârea Tribunalului Uniunii Europene din 18 octombrie 2011, Purvis/Parlamentul European, T-439/09, punctele 39 și 40).

61 În speță, reiese din dosar și în special din raportul medicului desemnat de instituție din 21 septembrie 2006 că data consolidării leziunilor reclamantului a fost stabilită la 28 iunie 2005. Prin urmare, de la această dată reclamantul avea dreptul să i se calculeze gradul de AIFP în funcție de baremul de evaluare a AIFP-urilor anexat la reglementarea privind acoperirea riscurilor de accident și de boală profesională aplicabilă la această dată, cu alte cuvinte, în funcție de baremul de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea.

62 Ținând seama de considerațiile care precedă, rezultă că, întrucât prevede că baremul anexat la reglementarea privind asigurarea este aplicabil, în absența proiectului de decizie a AIPN de stabilire a gradului de AIFP, asiguraților victime ale unui accident sau ale unei boli profesionale ale căror leziuni s-au consolidat înainte de data intrării sale în vigoare, și anume 1 ianuarie 2006, articolul 30 din reglementarea menționată vizează, în privința acestor asigurați, situații constituite în întregime sub imperiul baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea. Articolul 30 din reglementarea privind asigurarea determină, prin urmare, în această privință o aplicare retroactivă a baremului care îi este anexat.

63 Or, ca regulă generală, principiul securității juridice se opune ca punctul de pornire al aplicării în timp a unui act al Uniunii să fie stabilit la o dată anterioară intrării sale în vigoare (a se vedea în acest sens Hotărârea Curții din 22 noiembrie 2001, Țările de Jos/Consiliul, C-110/97, punctul 151 și jurisprudența citată).

64 Cu toate acestea, situația ar putea fi diferită, cu titlu excepțional, în cazul în care scopul care trebuie atins impune acest lucru și încrederea legitimă a persoanelor interesate este respectată în mod corespunzător (Hotărârea Curții din 25 ianuarie 1979, Racke, 98/78, punctul 20, Hotărârea din 13 noiembrie 1990, Fedesa și alții, C-331/88, punctul 45, și Hotărârea Țările de Jos/Consiliul, citată anterior, punctul 151).

65 În speță, condițiile menționate la punctul anterior nu par a fi îndeplinite. Mai întâi, Comisia nu a stabilit existența unui scop care să impună aplicarea retroactivă a noii reglementări privind asigurarea. În această privință, argumentul întemeiat pe deficiențele baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea, care, reluând formularea din *Informații Administrative* nr. 91-2005 din 19 decembrie 2005 prin care personalul Comisiei a fost anunțat despre intrarea în vigoare a noii reglementări privind asigurarea, ar fi „vetust, dificil de utilizat și fără dimensiune europeană” [vechiul barem fiind „Baremul [o]ficial [b]elgian al [i]nvalidităților” (BOBI)], nu explică, într-un mod convingător, de ce era necesar ca pentru atingerea obiectivului de modernizare a respectivului barem să i se confere un efect retroactiv.

66 De asemenea, aplicarea baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la noua reglementare privind asigurarea în cazul asiguraților care au fost victime ale unui accident sau ale unei boli profesionale înaintea intrării în vigoare, la 1 ianuarie 2006, a acestei noi reglementări privind asigurarea și ale căror leziuni s-au consolidat înaintea acestei date a adus atingere în mod necesar încrederii legitime a acestor asigurați.

67 Chiar presupunând, după cum a observat Comisia în cursul ședinței, că, în comparație cu baremul de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea, aplicarea baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la noua reglementare privind asigurarea poate, în funcție de natura leziunilor în cauză, să determine uneori o creștere a acoperirii riscului de accident sau de boală profesională, iar alteori o diminuare a acesteia, unitatea și aplicarea uniformă ale unei reglementări privind acoperirea riscurilor de accident și de boală profesională adoptate de comun acord de instituții impun, în principiu, ca intrarea în vigoare a acestei reglementări să aibă loc la aceeași dată în toate instituțiile și pentru întreg personalul acestora, cu excepția cazului în care există o dispoziție contrară destinată tocmai să protejeze drepturile dobândite sub imperiul vechii reglementări (se vedea prin analogie Hotărârea Racke, citată anterior, punctul 16). Desigur, nu este interzis instituțiilor să extindă, pentru situații născute și constituite definitiv sub imperiul vechii reglementări privind asigurarea, beneficiul noii reglementări privind asigurarea, dacă aceasta este mai favorabilă asiguraților, dar nicio dispoziție tranzitorie în acest sens nu figurează în noua reglementare privind asigurarea.

68 Rezultă din tot ceea ce precedă că noua reglementare privind asigurarea trebuie să fie declarată nelegală în măsura în care prevede aplicarea baremului care îi este anexat în cazul victimelor unui accident sau ale unei boli profesionale ale căror leziuni s-au consolidat anterior intrării sale în vigoare.

69 Așadar, în mod greșit comisia medicală, la momentul predării raportului, la 9 iunie 2009, și ulterior AIPN, la momentul adoptării deciziei din 27 iulie 2009, au aplicat baremul de evaluare a AIFP-urilor anexat la noua reglementare privind asigurarea. În consecință, se impune anularea, pentru acest motiv, a deciziei din 27 iulie 2009, fără a mai fi necesară pronunțarea, în cadrul prezentelor concluzii în anulare, cu privire la celelalte motive invocate de reclamant.

Cu privire la concluziile referitoare la despăgubiri

70 Reclamantul invocă existența a trei prejudicii distincte: un prejudiciu care ar justifica plata unor dobânzi de întârziere, un prejudiciu material și un prejudiciu moral.

Cu privire la plata unor dobânzi de întârziere

71 Reclamantul solicită Tribunalului obligarea Comisiei la plata dobânzilor de întârziere pentru suma forfetară datorată în temeiul articolului 73 din statut.

72 Reclamantul nu precizează în cadrul înscrisurilor sale referitoare la această cerere de despăgubiri pe baza cărei culpe prezintă cererea respectivă. Cu toate acestea, el indică, într-un mod mai general, că răspunderea Comisiei trebuie să fie angajată în temeiul nelegalităților pe care le-a invocat în susținerea concluziilor sale în anulare.

73 Cu privire la motivele și la criticile pe care le-a invocat cu acest titlu, este clar că reclamantul înțelege să își întemeieze cererea privind plata dobânzilor moratorii pe motivul întemeiat pe faptul că administrația nu s-ar fi pronunțat într-un termen rezonabil.

74 Este necesar, așadar, să se examineze dacă termenul de adoptare a deciziei din 27 iulie 2009 a fost nerezonabil.

75 Mai întâi, trebuie amintit că dispozițiile articolului 20 din vechea reglementare privind asigurarea prevăd că asiguratul este obligat să transmită un raport medical de constatare a consolidării stării sale pentru ca AIPN să poată să adopte o decizie de stabilire a gradului de AIFP.

76 Or, în speță, abia prin raportul din 28 iunie 2005, întocmit de un medic ales de reclamant și comunicat PMO la 30 iunie 2005, acesta a fost informat cu privire la consolidarea leziunilor reclamantului, care a avut loc la 28 iunie 2005.

77 Prin urmare, în ceea ce privește perioada cuprinsă între 8 decembrie 2003, data accidentului, și 30 iunie 2005, data primirii de către PMO a raportului medicului desemnat de reclamant referitor la consolidarea leziunilor sale, timpul scurs astfel este imputabil, cel puțin în cea mai mare parte, reclamantului.

78 De asemenea, termenul de aproximativ cincisprezece luni în care medicul desemnat de instituție și-a întocmit raportul, din data de 21 septembrie 2006, destinat AIPN, nu pare a fi nerezonabil. Astfel, respectivul medic și-a întemeiat aprecierea pe șase examinări complementare realizate în această perioadă și care sunt de domeniul a cel puțin patru specialități medicale diferite (psihiatrie, oftalmologie, reumatologie, oto-rino-laringologie).

79 Ulterior, proiectul de decizie a AIPN din 7 noiembrie 2006, de stabilire a gradului de AIFP a reclamantului și a cuantumului sumei forfetare acordate în consecință, i-a fost comunicat acestuia la data de 21 noiembrie 2006, cu alte cuvinte, în termenul de trei luni de la data întocmirii raportului medicului desemnat de instituție, ceea ce nu pare a fi nerezonabil.

80 Nefiind de acord cu proiectul de decizie a AIPN din 7 noiembrie 2006 de stabilire a gradului său de AIFP și a cuantumului indemnizației sale, reclamantul a solicitat sesizarea comisiei medicale prin scrisoarea din 18 ianuarie 2007.

81 Întrucât medicul desemnat de reclamant și medicul desemnat de instituție nu au ajuns la un acord cu privire la numele celui de al treilea medic care trebuia să facă parte din comisia medicală, prin scrisoarea din 5 mai 2007, reclamantul a sesizat președintele Curții de Justiție în vederea desemnării din oficiu a acestui medic.

82 La 25 iulie 2007, luând act de desemnarea celui de al treilea medic și de acceptarea de către acesta a misiunii sale, PMO l-a mandatat în numele comisiei medicale.

83 Astfel, intervalul care s-a scurs între data proiectului de decizie din 7 noiembrie 2006 și 25 iulie 2007, data la care comisia medicală a putut să își înceapă lucrările, este, așadar, chiar rezultatul evoluției procedurii și nu este imputabil inacțiunii Comisiei.

84 Ulterior, raportul comisiei medicale a fost întocmit la 12 noiembrie 2008, adică la aproximativ cincisprezece luni după ce comisia medicală a fost în măsură să își înceapă lucrările. Un astfel de termen nu pare nerezonabil, ținând seama de circumstanțele speței.

85 Astfel, un prim raport al comisiei medicale, desigur, incomplet, a fost redactat de cel de al treilea medic încă din 10 ianuarie 2008, după desfășurarea, la 3 ianuarie 2008, a primei reuniuni a comisiei medicale. Totodată, acest raport a dat naștere unor schimburi diverse de corespondență, din care o scrisoare trimisă de medicul desemnat de reclamant, două scrisori trimise de reclamantul însuși și o scrisoare trimisă de medicul desemnat de instituție.

86 În raportul din 12 noiembrie 2008, pe care l-a redactat în numele comisiei medicale, cel de al treilea medic a indicat, printre altele, că una dintre scrisorile reclamantului era însoțită de „anexe numeroase și voluminoase” referitoare la activitățile extraprofesionale ale reclamantului. Menționând de asemenea că, într-o scrisoare din 28 februarie 2008, reclamantul formulase noi observații referitoare la ajutorul unei terțe persoane, cel de al treilea medic a precizat:

„[P]ersonal, am fost surprinși de importanța cererii sale, ținând seama de doleanțele exprimate cu ocazia primei [reuniuni], ținând seama și de întrebările precise pe care i le adresaserăm cu ocazia acestei prime [reuniuni] […]”

87 Deși nu i se poate reproșa unui asigurat, în cadrul unei proceduri desfășurate conform articolului 73 din statut, faptul că a trimis comisiei medicale toată documentația sau toate observațiile pe care le apreciază necesare pentru a permite acesteia să se pronunțe, este clar că prezentarea unor documente voluminoase, precum și comunicarea, în cursul procedurii, a unor noi observații cu privire la chestiuni abordate anterior contribuie la prelungirea termenului de adoptare a unei decizii de încheiere a procedurii.

88 Pe de altă parte, tot în raportul comisiei medicale din 12 noiembrie 2008, cel de al treilea medic a indicat că fusese dificil de convenit, în special cu medicul desemnat de reclamant, asupra unei date pentru o a doua reuniune a comisiei medicale și că aceasta nu a putut să aibă loc decât la 13 octombrie 2008.

89 Este adevărat că, într-o scrisoare din 2 decembrie 2008, medicul desemnat de reclamant a indicat că propusese datele de 26 și 29 septembrie 2008 pentru reuniunea comisiei medicale și că acestea nu conveniseră celorlalți membri ai comisiei medicale. Cu toate acestea, inițiativele menționate ale medicului desemnat de reclamant nu permit exonerarea acestuia de partea sa de răspundere în prelungirea termenului necesar stabilirii datei celei de a doua reuniuni a comisiei medicale.

90 Astfel, având în vedere elementele prezentate anterior, termenul de aproximativ cincisprezece luni care s-a scurs între 25 iulie 2005, data la care comisia medicală a fost în măsură să își înceapă lucrările, și 12 noiembrie 2008, data raportului comisiei medicale, nu pare a fi nerezonabil.

91 Ulterior, raportul comisiei medicale a fost în sfârșit comunicat PMO doar la 9 iunie 2009, adică la aproximativ șapte luni după întocmirea acestui raport de al treilea medic. Totuși, acest interval se explică, cel puțin în parte, prin faptul că medicul desemnat de reclamant a solicitat, mai întâi, celui de al treilea medic însărcinat cu redactarea raportului comisiei medicale, prin scrisorile din 2 decembrie 2008 și din 21 ianuarie 2009, modificarea raportului – cu al cărui conținut ceilalți doi membri ai comisiei medicale erau de acord – și, întrucât nu a obținut acest lucru, nu a trimis respectivul raport însoțit de semnătura sa decât la 28 martie 2009.

92 În sfârșit, pe baza raportului comisiei medicale pe care l-a primit la 9 iunie 2009, AIPN a adoptat decizia din 27 iulie 2009 și a comunicat-o reclamantului, care a luat cunoștință de ea la 9 august 2009. Intervalul de două luni care s-a scurs astfel între 9 iunie 2009, data la care AIPN a dispus de raportul comisiei medicale, și 9 august 2009, data la care a trimis reclamantului decizia din 27 iulie 2009, nu pare a fi nerezonabil.

93 În final, niciunul dintre intervalele scurse cu ocazia diferitelor etape ale procedurii care a condus la adoptarea deciziei din 27 iulie 2009 nu pare a fi nerezonabil.

94 În plus, chiar luând în considerare efectul cumulativ al tuturor acestor intervale și partea imputabilă întârzierilor administrației, reiese din elementele menționate la punctele precedente că decizia din 27 iulie 2009 nu a fost adoptată într-un termen nerezonabil (a se vedea în acest sens Hotărârea Tribunalului din 13 ianuarie 2010, A și G/Comisia, F-124/05 și F-96/06, punctul 394).

95 Rezultă din cele de mai sus că se impune respingerea concluziilor reclamantului în sensul obligării Comisiei la plata de dobânzi de întârziere pentru suma forfetară care i-a fost deja plătită.

96 Reclamantul pare să includă însă în suma forfetară pe baza căreia trebuie calculate dobânzile de întârziere nu doar suma forfetară care i-a fost deja plătită, ci și suma forfetară suplimentară care, potrivit acestuia, îi va fi plătită pe baza baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea.

97 În ceea ce privește concluziile prin care se urmărește plata de dobânzi de întârziere pentru sumele suplimentare care ar fi datorate reclamantului în aplicarea baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea, o astfel de plată implică nu doar faptul că trebuie stabilit cu suficientă certitudine dreptul reclamantului de a beneficia de un grad de AIFP superior celui care i-a fost recunoscut prin decizia din 27 iulie 2009, ci și ca gradul de AIFP de care va beneficia pe baza acestui barem să poată fi deja stabilit. Or, nu astfel stau lucrurile. Prin urmare, chiar presupunând că s-ar considera că reclamantul prezintă astfel de concluzii, acestea ar fi premature și ar trebui, așadar, respinse.

Cu privire la prejudiciul material

98 Reclamantul include în prejudiciul material pe care l-ar fi suferit atât cheltuieli în legătură cu funcționarea comisiei medicale, cât și cheltuieli în legătură cu reluarea lucrărilor comisiei medicale în urma anulării deciziei din 27 iulie 2009, precum și costuri și onorarii ale avocatului său pentru procedura prealabilă acțiunii în răspundere.

99 În ceea ce privește cheltuielile în legătură cu funcționarea comisiei medicale, acestea includ onorariile medicului desemnat de reclamant, cheltuieli de deplasare și cheltuieli diverse. Reclamantul evaluează toate aceste cheltuieli la suma de 5 500 de euro.

100 Cu toate acestea, reclamantul nu face trimitere, în înscrisurile sale, la niciun document din dosar susceptibil de a justifica o astfel de sumă.

101 Or, potrivit jurisprudenței, prejudiciul a cărui reparare se solicită trebuie să fie real și cert, obligația de a dovedi acest lucru revenind reclamantului (a se vedea, cu titlu de exemplu, Hotărârea Curții din 9 noiembrie 2006, Agraz și alții/Comisia, C-243/05 P, punctul 27).

102 Mai mult, cererea nu conține nicio probă propusă cu privire la acest aspect. Or, în temeiul articolului 39 alineatul (1) litera (e) din Regulamentul de procedură al Tribunalului, cererea conține probele propuse, dacă este cazul.

103 În lipsa elementelor de probă menționate la punctele precedente, trebuie să se concluzioneze că reclamantul nu a justificat întinderea prejudiciului reclamat, deși era în măsură să facă acest lucru, deoarece este vorba despre plăți pe care le-ar fi efectuat. Prin urmare, se impune respingerea concluziilor reclamantului referitoare la despăgubiri în legătură cu cheltuielile de funcționare a comisiei medicale.

104 În ceea ce privește cheltuielile în legătură cu reluarea lucrărilor comisiei medicale, revine AIPN obligația, la finalul procedurii care se va desfășura din nou ca urmare a prezentei hotărâri de anulare, să adopte o decizie referitoare la suportarea cheltuielilor în legătură cu lucrările comisiei medicale. Pentru moment, este, așadar, prematur să se statueze cu privire la acest prejudiciu.

105 În ceea ce privește costurile și onorariile avocatului reclamantului pentru procedura prealabilă acțiunii în răspundere, trebuie amintit că desfășurarea procedurii precontencioase, astfel cum este organizată prin statut, nu implică reprezentarea unui funcționar în acest stadiu, administrația, în schimb, potrivit unei jurisprudențe constante, trebuind să nu interpreteze reclamațiile și cererile în mod restrictiv, ci, dimpotrivă, să le examineze în sens larg. Prin urmare, trebuie să se constate că, în afara unor împrejurări excepționale, un funcționar nu poate obține rambursarea costurilor și a onorariilor avocaților săi pentru faza precontencioasă în cadrul unei acțiuni în despăgubire. Or, nimic din dosar nu permite să se stabilească existența unor asemenea împrejurări excepționale (Hotărârea Tribunalului de Primă Instanță din 10 decembrie 2008, Nardone/Comisia, T-57/99, punctele 139 și 140).

106 Rezultă din cele de mai sus că se impune respingerea concluziilor prin care se solicită obligarea Comisiei la plata unei despăgubiri pentru prejudiciul material.

Cu privire la prejudiciul moral

107 În speță, cererea introductivă nu conține dovada faptului că prejudiciul moral pentru care reclamantul solicită o reparație nu ar fi susceptibil să fie reparat integral prin anularea deciziei din 27 iulie 2009 și prin măsurile pe care AIPN va fi obligată să le ia ca urmare a acestei anulări.

108 Mai întâi, nelegalitatea reținută de Tribunal și rezultată din încălcarea drepturilor dobândite nu este de o gravitate suficientă pentru a justifica acordarea unei despăgubiri cu titlu de prejudiciu moral.

109 Mai mult, reclamantul se limitează doar la a reproșa Comisiei modul, nedemn potrivit acestuia, în care a fost tratat cu ocazia procedurii urmate în temeiul articolului 73 din statut, iar ulterior cu ocazia procedurii precontencioase.

110 Cu toate acestea, nu rezultă din înscrisurile din dosar că decizia din 27 iulie 2009 și de altfel că respingerea reclamației din 16 februarie 2010 ar conține o apreciere explicit negativă a capacităților reclamantului, susceptibilă de a-l răni. Același lucru este valabil pentru raportul comisiei medicale din 27 noiembrie 2008 pe care se bazează aceste două decizii.

111 Cu toate acestea, trebuie să se constate că, prin efectul prezentei hotărâri de anulare, reclamantul se găsește din nou într-o poziție de așteptare cu privire la soluționarea definitivă a procedurii inițiate în temeiul articolului 73 din statut în urma accidentului din 8 decembrie 2003. O astfel de prelungire a situației de așteptare și de incertitudine, provocată de nelegalitatea deciziei din 27 iulie 2009, constituie un prejudiciu moral care se impune a fi evaluat *ex aequo et bono* la suma de 2 500 de euro.

112 În această privință, dat fiind că prejudiciul moral în discuție rezultă direct din decizia din 27 iulie 2009, Comisia nu poate invoca în mod util cauza de inadmisibilitate întemeiată pe faptul că ar fi statuat deja, printr-o decizie care a rămas definitivă, asupra unei cereri de despăgubire echivalente, formulată de reclamant în temeiul articolului 90 alineatul (1) din statut.

113 Prin urmare, Comisia trebuie să fie obligată la plata către reclamant a sumei de 2 500 de euro cu titlu de prejudiciu moral.

Cu privire la concluziile prin care se solicită, în esență, obținerea unei noi evaluări a AIFP-ului de către o comisie medicală compusă în mod imparțial și pe baza vechii reglementări privind asigurarea

114 Potrivit unei jurisprudențe constante, instanța Uniunii nu poate să adreseze somații administrației sau să facă declarații în drept în cadrul controlului de legalitate întemeiat pe articolul 91 din statut (a se vedea, de exemplu, Hotărârea Tribunalului de Primă Instanță din 12 iunie 2002, Mellone/Comisia, T-187/01, punctul 16).

115 Reclamantul solicită Tribunalului să decidă că gradul AIFP-ului său trebuie evaluat pe baza baremului de evaluare a AIFP-urilor anexat la vechea reglementare privind asigurarea, precum și că este necesară „reluarea examinării cererii introduse de reclamant în temeiul articolului 73 din statut de către o comisie medicală compusă în mod imparțial, independent și neutru și care să poată lucra rapid, în deplină independență și fără prejudecăți". Întrucât reclamantul prezintă astfel concluzii prin care urmărește obținerea unei declarații în drept sau a unei somații la adresa administrației, aceste concluzii trebuie respinse ca inadmisibile.

116 În final, decizia din 27 iulie 2009 este anulată și Comisia este obligată la plata către reclamant a sumei de 2 500 de euro cu titlu de prejudiciu moral. În rest, concluziile reclamantului trebuie respinse.

Cu privire la cheltuielile de judecată

117 Potrivit articolului 87 alineatul (1) din Regulamentul de procedură, sub rezerva altor prevederi din capitolul VIII din titlul II al respectivului regulament, partea care cade în pretenții este obligată, la cerere, la plata cheltuielilor de judecată. În temeiul alineatului (2) al aceluiași articol, Tribunalul poate, în măsura impusă de echitate, să decidă ca o parte care cade în pretenții să fie obligată numai la plata parțială a cheltuielilor de judecată sau chiar să nu fie obligată la plata acestora.

118 Din motivele enunțate mai sus rezultă că partea căzută în pretenții cu privire la cea mai importantă parte a capetelor de cerere este Comisia. În plus, reclamantul a cerut în mod expres, în concluziile sale, ca aceasta să fie obligată la plata cheltuielilor de judecată. Având în vedere că împrejurările speței nu justifică aplicarea dispozițiilor articolului 87 alineatul (2) din Regulamentul de procedură, Comisia va suporta propriile cheltuieli de judecată și este obligată la plata cheltuielilor de judecată efectuate de reclamant.

Pentru aceste motive,

TRIBUNALUL FUNCȚIEI PUBLICE

(Camera a treia)

declară și hotărăște:

1) Anulează decizia din 27 iulie 2009 prin care a fost încheiată procedura inițiată în temeiul articolului 73 din Statutul funcționarilor Uniunii Europene în urma accidentului din 8 decembrie 2003 a cărui victimă a fost domnul Guittet.

2) Obligă Comisia Europeană la plata către domnul Guittet a sumei de 2 500 de euro.

3) Respinge în rest acțiunea.

4) Comisia Europeană suportă propriile cheltuieli de judecată și este obligată să suporte cheltuielile de judecată efectuate de domnul Guittet.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Pronunțată astfel în ședință publică la Luxemburg, la 13 iunie 2012.

Grefier
W. Hakenberg

Președinte
S. Van Raepenbusch