

CONSEIL DE L'EUROPE

COUNCIL OF EUROPE

TRIBUNAL ADMINISTRATIF

ADMINISTRATIVE TRIBUNAL

Recours N° 571-576 et 578/2017 (James BRANNAN et autres c/ Secrétaire Général)

Le Tribunal Administratif, composé de :

M. Christos ROZAKIS, Président,
Mme Mireille HEERS,
M. Ömer Faruk ATEŞ, Juges,

assistés de :

M. Sergio SANSOTTA, Greffier,
Mme Eva HUBALKOVA, Greffière Suppléante,

a rendu, après en avoir délibéré, la présente sentence.

PROCEDURE

1. Le Tribunal est saisi de sept recours, présentés et enregistrés aux dates ci-dessous, par :

- | | |
|----------------------------|---|
| - M. James BRANNAN (II), | recours N° 571/2017, remis et enregistré le 6 mars 2017 |
| - M. Günter SCHIRMER, | recours N° 572/2017, remis et enregistré le 20 mars 2017 |
| - Mme Tanja KLEINSORGE, | recours N° 573/2017, remis et enregistré le 20 mars 2017 |
| - Mme Aiste RAMANAUSKAITE, | recours N° 574/2017, remis et enregistré le 20 mars 2017 |
| - M. Rudiger DOSSOW, | recours N° 575/2017, remis et enregistré le 21 mars 2017 |
| - M. Schnutz DÜRR, | recours N° 576/2017, remis et enregistré le 21 mars 2017 |
| - Mme Monique BECRET (V), | recours N° 578/2017, expédié le 20 mars 2017 et
enregistré le 29 mars 2017 |

2. Le 7 avril 2017, les sept requérants (« les sept requérants ») ont déposé leurs mémoires ampliatifs : un document propre à son recours a été déposé par le requérant dans le recours N° 575/2017 (« le cinquième requérant ») tandis que les six autres requérants (« les six requérants »), assistés par le même conseil, ont soumis un document unique. Dans celui-ci, les six requérants ont soulevé des moyens communs aux six recours tandis que trois d'entre eux (recours

N^{os} 571/2017, 572/2017 et 576/2017, « les trois requérants ») ont soumis deux moyens complémentaires visant un changement qu'ils contestent.

3. Le 17 mai 2017, le Secrétaire Général a fait parvenir ses observations.

4. Le 19 juin 2017, les sept requérants ont soumis leurs mémoires en réplique (un document pour le cinquième requérant et un document pour les six requérants).

5. Le 11 juillet 2017, le Président a autorisé Mme Sonia Parayre, agente de l'Organisation qui envisageait de déposer une demande d'intervention volontaire (article 10 du Statut du Tribunal), à prendre connaissance des dossiers de ces recours.

6. Ayant été saisi, le 17 juillet 2017, d'une demande en ce sens, le Président a autorisé le 20 juillet 2017 Mme Parayre à intervenir dans la procédure (article 10 du Statut du Tribunal). Celle-ci a déposé des observations écrites le 27 juillet 2017. En cette circonstance, la tierce intervenante a demandé l'anonymat. Elle a également adressé au Tribunal une demande de remboursement de l'ensemble des frais occasionnés par l'intervention.

7. Le 9 août 2017, le Président a décidé de ne pas faire droit à la demande d'anonymat. Il a toutefois décidé que les données de caractère médical concernant l'intervenante ne seraient pas communiquées aux parties ni rendues publiques.

8. Le 1^{er} septembre 2017, le Secrétaire Général a fait parvenir ses commentaires sur ladite intervention. Il a excipé de l'irrecevabilité [réponse dans le dispositif avec les frais].

9. L'audience publique pour les sept recours a eu lieu dans la salle d'audience du Tribunal à Strasbourg le 25 septembre 2017. Les six requérants étaient représentés par Me Carine Cohen Solal, avocate au barreau de Strasbourg tandis que le cinquième requérant a assuré lui-même la défense de ses intérêts. Le Secrétaire Général était représenté par M. Jörg Polakiewicz, Directeur du Service du Conseil Juridique et du Droit International Public (Jurisconsulte), assisté par Mme Sania Ivedi, administratrice dans le Service du Conseil Juridique.

Le 2 novembre 2017, le tiers intervenant a informé le Tribunal de sa volonté de se désister. Sa déclaration était ainsi libellée :

« A la suite de la conclusion, le 31 octobre 2017, d'un accord transactionnel proposé par le Secrétaire Général, représenté par la Direction des Ressources Humaines, ayant pour objet de régler le différend qui fait l'objet de mon intervention, je vous informe par la présente que je souhaite me désister de mon intervention dans le cadre des recours 571-576 et 578/2017. »

Le même jour, le requérant du recours N^o 575/2017 s'est exprimé contre le désistement.

Le 6 novembre 2017, le Secrétaire Général a indiqué qu'il n'avait pas d'objection audit désistement.

En réponse à des éclaircissements sur des premiers commentaires, le 9 novembre 2017 les six requérants ont fait savoir qu'ils s'opposaient au désistement.

EN FAIT

I. LES FAITS DE LA CAUSE

10. Les sept requérants sont des agents du Conseil de l'Europe en poste au siège de l'Organisation. Ils sont tous des agents à durée indéterminée affectés dans différents services de l'Organisation. Ils bénéficient de la couverture sociale « privée » de l'Organisation.

11. Les requérants sollicitent, selon le cas, l'annulation d'un ou de deux changements apportés à la couverture médicale dont ils bénéficient en tant qu'agents de l'Organisation.

12. Ces changements ont nécessité des modifications de l'Annexe XII au Statut du Personnel. Adoptées par le Comité des Ministres le 18 octobre 2016 lors de la 1268^e réunion des Délégués des Ministres, ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 ; elles ont entraîné l'adoption, les 15 et 20 décembre 2016, par le Secrétaire Général, de trois arrêtés (n^{os} 1384, 1385 et 1387) qui sont entrés en vigueur également le 1^{er} janvier 2017.

13. Le premier changement est contesté par les sept requérants et réside dans la réduction de moitié des droits des requérants percevant l'allocation de foyer, en cas de survenance du risque décès ou invalidité.

En effet, jusqu'au 31 décembre 2016, les agents bénéficiaires de l'allocation de foyer bénéficiaient d'un capital de 48 mois de salaire en cas de décès ou d'invalidité de catégorie 3, et de 24 mois de salaire en cas d'invalidité de catégorie 1 ou 2. De leur côté, les agents non-bénéficiaires de l'allocation de foyer bénéficiaient d'un capital de 24 mois de salaire en cas de décès ou d'invalidité de catégorie 3, et de 12 mois de salaire en cas d'invalidité de catégorie 1 ou 2.

A compter du 1^{er} janvier 2017, le capital versé en cas de décès ou d'invalidité est désormais de 24 mois de salaire en cas de décès ou d'invalidité de catégorie 3, et de 12 mois de salaire en cas d'invalidité de catégorie 1 ou 2 et cela, que l'agent bénéficie ou non de l'allocation de foyer.

Cet alignement entre les deux catégories d'agents se traduit par une diminution de 50 % du capital versé moyennant une légère diminution des cotisations décès/invalidité dues par les requérants.

14. Le second changement concerne la couverture médicale à titre complémentaire pour les conjoints ou partenaires qui sont à la charge permanente, totale et exclusive des agents et pensionnés. Il est contesté par les trois requérants.

15. Jusqu'au 31 décembre 2016 cette couverture était gratuite au même titre que la couverture primaire. A compter du 1^{er} janvier 2017, cette couverture complémentaire est devenue facultative et payante moyennant une cotisation forfaitaire mensuelle.

16. Le 1^{er} décembre 2016, les trois requérants reçurent un mail de la Direction des Ressources Humaines concernant cette modification. Sans qu'il soit nécessaire de résumer les différentes étapes administratives, il suffit de relever que chacun des trois requérants a souscrit cette couverture complémentaire.

17. A des dates s'échelonnant du 6 au 21 décembre 2016, les requérants introduisirent des réclamations administratives. A des dates comprises entre les 5 et 20 janvier 2017, le Secrétaire Général rejeta lesdites réclamations administratives (article 59 du Statut du Personnel). Il les considéra comme irrecevables et non fondées.

18. Le 7 décembre 2016, l'auteur du recours N° 571/2017 introduisit auprès du Président du Tribunal une requête tendant à l'octroi d'un sursis à exécution de l'acte contesté en vertu de l'article 59, paragraphe 9, du Statut du Personnel.

19. Par une ordonnance rendue le 20 décembre 2016, le Président rejeta la requête en sursis.

20. Aux dates indiquées au paragraphe 1 ci-dessus, les requérants introduisirent leurs recours conformément à l'article 60 du Statut du Personnel.

II. LE DROIT PERTINENT

A. Les mesures litigieuses

21. Les mesures litigieuses ont été mises en place par une résolution adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe et par trois arrêtés du Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.

1. *Résolution CM/Res(2016)18*

22. Le 18 octobre 2016, le Comité des Ministres a adopté la Résolution CM/Res(2016)18 modifiant le Règlement sur les traitements et indemnités des agents (Annexe IV au Statut du Personnel) et dispositions connexes.

23. Dans cette Résolution, les paragraphes 8 à 12 de l'article 2 introduisent des modifications au Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale (Annexe XII au Statut du Personnel).

24. Ces paragraphes 8-12 se lisent ainsi :

« 8. A l'article 12, paragraphe 1, du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale (annexe XII au Statut du personnel), les termes « s'ils ne bénéficient pas de l'allocation de foyer et à quatre années de traitement s'ils en bénéficient » sont supprimés.

9. A l'article 12, paragraphe 2, du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale (annexe XII au Statut du personnel), les termes « s'ils ne bénéficient pas de l'allocation de foyer et à deux années de traitement s'ils en bénéficient » sont supprimés.

10. A l'article 13 du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale (annexe XII au Statut du personnel), les termes « si l'agent ou l'agente ne bénéficient pas de l'allocation de foyer et à quatre années de traitement, si l'agent ou l'agente en bénéficient » sont supprimés.

11. Dans les notes de bas de page 3 et 4 du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale (annexe XII au Statut du personnel), les mots « l'allocation familiale de base », précédés d'une virgule, sont insérés après les mots « l'allocation de foyer ».

12. A l'article 9, paragraphe 2 b) du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale (annexe XII au Statut du personnel), les phrases suivantes sont insérées après la première phrase :

« Dans ce cas, le remboursement est limité au niveau pris en charge par le régime local Alsace-Moselle de la sécurité sociale française. La couverture à titre complémentaire des frais pour soins médicaux peut cependant être étendue moyennant paiement d'une cotisation supplémentaire entièrement à la charge de l'agent ou de l'agente. »

25. L'article 3 prévoit que la présente résolution entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

26. Ce même article établit qu'un certain nombre de dispositions de l'Annexe IV au Statut du Personnel, remplacées par ladite résolution, par d'autres mesures, moins favorables aux agents, continueraient à s'appliquer aux agents en service au moment de l'entrée en vigueur de la présente résolution. En effet, ces nouvelles dispositions indiquent expressément qu'elles ne s'appliqueraient qu'aux agents recrutés à compter du 1^{er} janvier 2017.

2. Arrêté n° 1384 du 15 décembre 2016 sur la participation au paiement des primes d'assurance collective

27. Le préambule est ainsi libellé :

« Le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe,

(...)

Vu l'arrêté n° 1385 sur les prestations relatives aux frais médicaux (« Arrêté N) 1385 ») ;

(...)

Arrête :

(...).»

28. Les articles de cet Arrêté indiquent les différents taux de contribution appliqués à compter du 1^{er} janvier 2017.

29. Le titre IV de cet arrêté est dédié aux couvertures médicales facultatives. Son article 21 est ainsi libellé :

Article 21 - Extensions

« Les agents en activité, les anciens agents ainsi que les juges de la Cour européenne des droits de l'homme et le/la Commissaire aux droits de l'homme peuvent demander l'extension de la couverture complémentaire

à certains membres de leur famille selon les conditions prévues à l'Arrêté n° 1385, moyennant le paiement d'une prime mensuelle forfaitaire supplémentaire dont les montants sont les suivants :

Extension type 1	Conjoint/e affilié/e au régime général ou au régime local Alsace-Moselle de la sécurité sociale française ou bénéficiant de la couverture primaire assurée au titre du contrat en qualité d'ayant droit d'une/e agent/e
Extension type 1 bis	Conjoint/e affilié/e à un régime national de sécurité sociale autre que le régime français

(...) ».

3. Arrêté n° 1385 du 20 décembre 2016 sur les prestations relatives aux frais médicaux

30. Cet arrêté vise les prestations relatives aux frais médicaux et remplace l'Arrêté n°1317 du 3 septembre 2010 qui régissait la même matière.

31. Son article 6 régit la question de l'extension facultative de la couverture et il est libellé ainsi :

Article 6 - Extension facultative de la couverture

« 1. Tout/e bénéficiaire principal/e a le droit, moyennant le paiement d'une prime mensuelle supplémentaire d'étendre la couverture complémentaire à un membre de sa famille qui n'est pas considéré comme bénéficiaire en qualité d'ayant droit, ou qui ne l'est qu'à titre primaire dans les cas suivants :

a. Extension type 1: au/à la conjoint/e, concubin/e ou partenaire assuré en qualité d'ayant droit par le régime primaire CEMSIS ou qui relève en son nom propre du régime général ou du régime local Alsace-Moselle de la sécurité sociale française ou d'un régime tiers de couverture médicale primaire dont le niveau de prise en charge est au moins équivalent à celui du régime général de la sécurité sociale française. L'extension est souscrite pour une durée minimale de 12 mois et reconduite mensuellement par accord tacite. Elle ne peut être résiliée avant ce délai, exception faite de changements qui interviendraient dans la situation personnelle du bénéficiaire de l'extension (par exemple décès ou affiliation à une assurance obligatoire).

Extension type 1bis: au/à la conjoint/e, concubin/e ou partenaire qui relève en son nom propre d'un régime national de sécurité sociale autre que le régime français. L'extension est souscrite pour une durée minimale de 12 mois et reconduite mensuellement par accord tacite. Elle ne peut être résiliée avant ce délai, exception faite de changements qui interviendraient dans la situation personnelle du bénéficiaire de l'extension (par exemple décès ou affiliation à une assurance obligatoire).

(...)

2. Les remboursements dus au titre des extensions facultatives complémentaires 1 et 3 (telles que décrites respectivement aux paragraphes 1.a. et 1.c. ci-dessus) sont limités à la seule part complémentaire, quel que soit le niveau de remboursement obtenu de l'Organisme de sécurité sociale couvrant la part primaire, et excluent tout remboursement au 1er euro. Aux fins du calcul des remboursements complémentaires, la part primaire « théorique » minimale qui doit être prise en compte est équivalente au remboursement prévu par le régime général de la sécurité sociale française. Les minimas figurant dans le tableau des prestations ne sont pleinement applicables que lorsque l'assuré a obtenu au minimum le niveau de remboursement primaire prévu par le régime général de la sécurité sociale française. Lorsque le remboursement obtenu au titre de la part primaire est inférieur au niveau prévu par le régime général de la sécurité sociale française, l'assuré ne pourra obtenir un remboursement complémentaire supérieur à celui

qu'il aurait eu s'il avait bénéficié du remboursement primaire prévu par le régime général de la sécurité sociale française, y compris en appliquant les minimas.

3. Les remboursements dus au titre des extensions facultatives complémentaires 1bis et 3bis (telles que décrites respectivement aux paragraphes 1.a. et 1.c. ci-dessus) incluent la prise en charge des frais médicaux en complément d'un régime national de sécurité sociale autre que le régime français, y compris au 1er euro en cas de non prise en charge par ledit régime, dans les limites prévues au contrat d'assurance collective. »

4. Arrêté n° 1387 du 20 décembre 2016 sur les prestations en cas de décès, d'invalidité permanente et totale, d'invalidité permanente et partielle ou de dépendance

32. Après les modifications introduites par l'Annexe XII au Statut du Personnel, l'Arrêté n° 1387 a remplacé l'Arrêté n° 1332 du 25 mai 2011 régissant la même matière.

33. En ce qui concerne l'objet du présent litige, l'Arrêté n° 1387 se différencie de l'instrument antérieur en ce qu'il prévoit un capital de vingt-quatre mois pour tous les agents. En effet, le nouvel instrument ne contient pas de référence à la « majoration de capital » – qui auparavant doublait le montant de base – pour les agents recevant l'allocation de foyer.

B. L'introduction d'une réclamation administrative (préalable nécessaire à la saisine du Tribunal)

34. Aux termes de l'article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel,

« 2. L'agent/e qui justifie d'un intérêt direct et actuel, peut saisir le/la Secrétaire Général/e d'une réclamation dirigée contre un acte d'ordre administratif lui faisant grief, (...). Par « acte d'ordre administratif », on entend toute décision ou mesure de portée individuelle ou générale prise par le/la Secrétaire Général/e ou tout acte officiel accompli par délégation du/de la Secrétaire Général/e. »

EN DROIT

I. LA JONCTION DES RECOURS

35. Etant donné la connexité des sept recours, le Tribunal décide de les joindre, en application de l'article 14 de son Règlement intérieur.

II. L'EXAMEN DES RECOURS

36. Sans faire de distinction entre les requérants qui contestent une modification et ceux qui en contestent deux, d'une manière globale, les six requérants demandent au Tribunal :

- a) de déclarer les recours recevables ;
- b) d'annuler les modifications apportées aux articles 9, 12 et 13 de l'Annexe XII au Statut du personnel telles qu'adoptées par la résolution CM/RES(2016)18 du Comité des Ministres du 18 octobre 2016 ;
- c) d'annuler les mesures prises pour leur application, à savoir les arrêtés n°1384 du 15 décembre 2016, n°1385 et n°1387 du 20 décembre 2016 venant modifier la

couverture de l'assurance médicale CEMISIS en ce qui concerne d'une part le capital-décès et la prime d'invalidité, et d'autre part l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge ;

d) d'allouer aux parties requérantes la somme de 7.000 € au titre du remboursement de l'ensemble des frais occasionnés par ce recours.

37. Le cinquième requérant demande au Tribunal d'annuler la décision du Secrétaire Général de réduire son assurance décès et invalidité à partir du 1^{er} janvier 2017.

38. De son côté, le Secrétaire Général demande au Tribunal de :

a) déclarer les recours N° 571 à 574/2017 et 576 à 578/2017 irrecevables dans la mesure où ils sont dirigés contre la modification du capital versé en cas de décès ou d'invalidité et, à titre subsidiaire, mal fondés dans leur ensemble et de les rejeter ;

b) déclarer le recours N 575/2017 irrecevable et, à titre subsidiaire, mal fondé et de le rejeter.

A. sur la recevabilité, selon le cas, du grief dirigé contre la décision de modifier le montant du capital versé en cas de décès ou invalidité ou du recours

1. *Le Secrétaire Général*

39. Le Secrétaire Général excipe que les sept recours ne rempliraient pas les conditions de recevabilité imposées par l'article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel (paragraphe 34 ci-dessus) dans la mesure où ils sont dirigés contre la décision de modification du capital versé en cas de décès ou invalidité. Cette exception vise les recours N° 573, 574, 575 et 578/2017 dans leur intégralité et les recours N° 571, 572 et 576/2017 en ce qui concerne ce grief spécifique.

40. Selon le Secrétaire Général, les requérants ne se trouveraient dans aucune des situations ouvrant droit au versement du capital décès ou invalidité. En l'absence d'un acte d'ordre administratif qui leur ferait directement et actuellement grief, les requérants ne justifient, dès lors, d'aucun intérêt à agir à l'encontre de la modification de la couverture médicale et sociale relative au capital versé en cas d'invalidité ou de décès.

41. Le Secrétaire Général ajoute que la modification de la couverture médicale et sociale sur la question du capital versé en cas d'invalidité et de décès constituerait un acte de gestion d'ordre général qui ne vise pas directement les requérants et qui n'aurait pas fait l'objet d'une application spécifique aux requérants. Il en déduit que les requérants n'auraient dès lors pas d'intérêt direct et actuel, au sens de l'article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel, à contester la décision de modifier le capital versé en cas de décès et d'invalidité.

42. A l'appui de l'exception, le Secrétaire Général se réfère à la jurisprudence internationale (TAOIT, jugement n° 1852, considérant 3, jugement 2793, considérant 13) et à la jurisprudence du Tribunal (TACE, recours N° 394/2007, Sawyer c. Secrétaire Général, sentence du 3 juillet 2008) dont les principes s'appliqueraient, *mutatis mutandis*, à la présente espèce.

43. Enfin, le Secrétaire Général précise que si la question devait se poser en cas de décès, les ayants droit des requérants bénéficieraient de la possibilité de contester eux-mêmes l'acte administratif leur faisant éventuellement grief en vertu des articles 59 et 60 du Statut du Personnel.

44. En conclusion, pour le Secrétaire Général, les présents recours seraient irrecevables dans la mesure où ils sont dirigés contre la décision de modification du capital versé en cas de décès ou d'invalidité, celle-ci n'ayant pas fait l'objet d'une mise en œuvre individuelle et les requérants n'ayant pas démontré un intérêt à agir.

2. *Les six recours*

45. Selon les six requérants (paragraphe 2 ci-dessus), l'exception du Secrétaire Général ne serait pas conforme à la jurisprudence du Tribunal qui considère que si un agent n'est pas habilité à agir dans l'intérêt de la légalité ou dans l'intérêt de l'Organisation, il ne peut faire valoir, à l'appui d'un recours, que les griefs qui lui sont personnels.

46. Pour les requérants, tel est manifestement le cas en l'espèce puisque chacun d'eux se trouverait personnellement visé par ces nouvelles mesures qui ne concernent que les agents bénéficiaires d'une allocation de foyer.

47. Ils ajoutent que leurs droits seraient en outre directement impactés par ces modifications puisqu'en leur qualité d'assuré, ils sont mensuellement redevables d'une cotisation d'assurance prélevée directement sur leur traitement et que le capital versé en cas de survenance du risque sera divisé par deux.

48. Pour eux, il ressort clairement de ce qui précède qu'ils agissent pour défendre leurs propres intérêts.

49. Les requérants ajoutent que la position du Secrétaire Général reviendrait à considérer que les agents qui pourraient se prévaloir d'un intérêt à agir ne seraient finalement que les agents invalides ou les ayants droit d'un agent décédé.

50. Dans leur esprit, il est certain que, en pareille circonstance, le Secrétaire Général ne manquerait pas de soutenir qu'un tel recours serait irrecevable pour tardiveté et qu'il appartenait à l'agent concerné de se manifester dans les 30 jours à compter de la date à laquelle ces mesures ont été adoptées, soit le 18 octobre 2016.

51. Sur ce point, les requérants rappellent que, dans l'examen de leurs réclamations, le Secrétaire Général avait soulevé une exception de tardiveté de leurs recours – exception que toutefois le Secrétaire Général n'a pas maintenu devant le Tribunal – parce qu'ils n'avaient pas introduit leurs réclamations dans les trente jours à compter de cette date.

52. Pour eux, ainsi en toutes circonstances, le Secrétaire Général dément toute possibilité de recours tant aux agents, dans le cadre des présentes procédures, qu'aux ayants droit, en cas d'éventuelles futures procédures, quand bien même ces derniers disposeraient d'un délai de deux

ans pour contester les mesures car, selon ses termes, il ne s'agirait en tout état de cause d'une *actio popularis*.

53. Les requérants en déduisent que l'argumentation soutenue par le Secrétaire Général serait ainsi clairement contradictoire et non pertinente.

54. Dans leurs observations en réponse, les requérants mettent en exergue que si dans un premier temps le Secrétaire Général considérait qu'une action contre la modification litigieuse ne pouvait être introduite que par des ayants droit, force est de constater qu'il est revenu sur sa position pour affirmer à présent que tout recours serait irrecevable.

55. Pour les requérants, le Tribunal devrait apprécier la variété de positions adoptées par le Secrétaire Général qui ne visent, en tout état de cause, qu'à nier tout recours aux agents et aux pensionnés, et désormais à leurs ayants droit.

56. Ensuite, ils se réfèrent à la thèse du Secrétaire Général selon laquelle ils ne seraient pas directement concernés par les changements dans les prestations liées aux assurances. Pour eux, si on suit sa logique, les requérants ne seront jamais en mesure de contester la diminution par deux des sommes versées en cas d'invalidité : l'annonce ayant été faite le 21 novembre 2016, la date limite de dépôt de la plainte était le 21 décembre 2016. Mais dans le cas d'une invalidité survenue avant le 31 décembre 2016, l'ancien contrat s'appliquait. Donc, il y aurait impossibilité d'attaquer la mesure même en cas de survenue d'une invalidité.

57. Selon les requérants, la modification de la couverture médicale et sociale ne saurait être considérée comme un « acte général d'organisation » comme l'a affirmé le Secrétaire Général en se référant à jurisprudence du Tribunal.

58. Ils rappellent que dans la sentence Sawyer c. Secrétaire Général précitée, il s'agissait d'une contestation relative à une procédure de reclassement d'un poste et le Tribunal avait considéré que cela concernait la gestion de la structure des emplois de l'Organisation et qu'un tel acte ne portait pas directement grief à l'agent. En revanche, en l'espèce, il serait certain que la modification d'une ou de plusieurs garanties ayant un impact direct sur les droits et intérêts des agents et des pensionnés constitue bien un acte administratif faisant grief.

59. En outre, les requérants rappellent que la jurisprudence administrative internationale a déjà jugé que parmi les griefs qui peuvent être formulés par des fonctionnaires agissant, nécessairement à titre individuel, figure l'irrégularité de la procédure d'élaboration d'un acte réglementaire ne respectant pas l'obligation de consulter le personnel (TAOIT 15 juillet 1992, jugement n°1200, Kheir et al. ; TAOIT 14 juillet 1993, jugement n°1279, Almazan-Aguirre et consorts et jugement n°1280, Jibaja et Rota). Or tel est en effet l'un des arguments qu'ils développent.

60. Compte tenu de tout ce qui précède, les requérants arrivent à la conclusion que leurs recours seraient recevables et l'exception d'irrecevabilité devrait être rejetée.

3. *Le cinquième recours*

61. Le cinquième requérant (paragraphe 2 ci-dessus) soutient le caractère erroné de l'affirmation du Secrétaire Général selon laquelle il ne serait pas affecté par la réduction de 50 % des prestations en cas de décès ou d'invalidité, car il est toujours vivant, et qu'un contentieux pourrait être ouvert par son conjoint survivant et ses enfants.

62. Pour lui, le conjoint et les enfants survivants pourraient revendiquer seulement des droits qui découlent des relations contractuelles entre l'Organisation et les membres du personnel concernés, c'est-à-dire les droits contractuels concrets acceptés par un membre du personnel. Il revient donc aux membres du personnel – vivants – d'accepter ou non un changement dans leurs droits contractuels et cela même si les tierces parties hypothétiquement bénéficient en cas de décès de ces droits.

63. Pour ce requérant, l'Arrêté n° 1387 aurait un effet direct et présent sur lui, parce qu'il devrait trouver une assurance privée s'il voulait avoir la même couverture que celle qu'il a eue pendant plus de vingt ans au service de l'Organisation. Cependant, comme indiqué dans ses écrits, une telle assurance privée ne pourrait pas être souscrite par lui pour plusieurs raisons.

4. *Décision du Tribunal*

64. Le Tribunal rappelle qu'un agent peut introduire une réclamation administrative contre un acte administratif lui faisant grief – et, par la suite, un recours - seulement s'il peut justifier d'un « intérêt direct et actuel » (article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel – paragraphe 34 ci-dessus).

65. Le Tribunal constate que dans leurs conclusions (lettres b) et c) du paragraphe 36 ci-dessus), les six requérants demandent au Tribunal d'annuler :

- les modifications apportées aux articles 9, 12 et 13 de l'Annexe XII au Statut du personnel telles qu'adoptées par la résolution CM/RES(2016)18 du Comité des Ministres du 18 octobre 2016 ;
- les mesures prises en leur application, à savoir les arrêtés n°1384 du 15 décembre 2016, n°1385 et n°1387 du 20 décembre 2016 venant modifier la couverture de l'assurance médicale CEMISIS en ce qui concerne d'une part le capital-décès et la prime d'invalidité, et d'autre part l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge ;

66. Même si le Secrétaire Général n'a pas soulevé d'exception à ce sujet, le Tribunal note d'emblée que, conformément à sa jurisprudence constante, il n'a pas le pouvoir de statuer sur les décisions du Comité des Ministres mais seulement sur les actes administratifs d'exécution du Secrétaire Général (TACE (anciennement Commission de Recours), recours N° 101-113 – Stevens et autres c. Secrétaire Général, sentence du 15 mai 1985, paragraphe 54, dernier alinéa, recours N° 118-128 – Jeannin et autres, sentence du 30 avril 1985, paragraphes 62-68).

67. Dès lors, la demande visant l'annulation des modifications de l'Annexe XII au Statut du Personnel va au-delà de la compétence Statutaire du Tribunal et doit être déclarée irrecevable.

68. En ce qui concerne la mesure d'application, à savoir l'arrêté n° 1387 – mais cela vaut aussi pour les arrêtés N°1384 et 1385 – le Tribunal constate que le Secrétaire Général n'en a pas

contesté la nature d'acte administratif au sens de l'article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel mais s'est limité à exciper de l'absence d'intérêt à agir. Pour sa part, le Tribunal n'estime pas devoir soulever en l'espèce cette question *ex officio*.

69. Au sujet de l'exception visant l'absence d'intérêt à agir, le Tribunal note que l'article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel requiert que le réclamant justifie d'un intérêt « direct et actuel » pour ouvrir un contentieux.

70. En l'espèce, force est de constater qu'aucun des requérants ne se trouve en situation de demander le paiement d'un capital décès invalidité. Dès lors, il manque dans leur cas le caractère d'actualité du contentieux. Ce constat rend sans importance à ce stade la question de savoir si l'acte litigieux est un « acte général d'organisation » ou une « mesure de portée générale » au sens de l'article 59, paragraphe 2, du Statut du Personnel et qui comme telle viserait tous les agents bénéficiaires d'une allocation de foyer.

71. Certes, les requérants se sont évertués, pendant le contentieux, à prouver qu'en raison de pathologies qui leurs sont propres ils ne peuvent pas souscrire des assurances privées qui leur permettraient de bénéficier de la même couverture. Cependant, cette impossibilité n'est pas causée par une décision de l'Organisation qui peut faire l'objet d'un contentieux devant le Tribunal mais elle serait plutôt la conséquence d'une décision d'un tiers qui est libre de proposer ou non une assurance.

72. Dès lors, force est de constater qu'en l'espèce les requérants n'ont pas un intérêt actuel à ouvrir un contentieux sur la modification litigieuse.

73. Le fait que la modification ne touche que les bénéficiaires d'une allocation de foyer et que, en leur qualité d'assurés, ceux-ci sont mensuellement redevables d'une cotisation d'assurance ne sont pas des arguments qui peuvent influencer la décision du Tribunal.

74. Le Tribunal se doit de préciser que la portée de la présente décision ne fait pas obstacle à ce que les requérants ainsi que tout autre agent de l'Organisation qui s'estimerait être affecté par la modification litigieuse ou leurs ayants droit – mais bien évidemment le Tribunal espère que la question ne se posera pas – puissent ouvrir un contentieux s'ils s'estiment lésés par ladite modification.

75. Sur ce dernier point, le Tribunal a bien noté que le Secrétaire Général a affirmé qu'aucun problème de recevabilité pour cause de tardiveté liée à l'adoption de la modification litigieuse ne se poserait quant à la possibilité pour les ayants droits d'ouvrir un tel contentieux.

76. Dès lors, l'exception d'irrecevabilité soulevée par le Secrétaire Général doit être retenue et les recours fondés sur ce seul grief, à savoir les recours N° 573, 574, 575 et 578/2017 doivent être déclarés irrecevables. En revanche en ce qui concerne les autres recours, à savoir les recours N° 571, 572 et 576/2017, seul ce grief doit être déclaré irrecevable et le Tribunal se doit d'examiner le bien-fondé du second grief.

B. Sur le fond des recours

77. Par leur second grief, les sept requérants contestent la décision de rendre payante l'assurance complémentaire du conjoint.

78. Les arguments des parties, dans la mesure où ils visent le second grief peuvent se résumer ainsi.

1. Les trois requérants

79. Les trois requérants (paragraphe 2 ci-dessus) considèrent que :

- a) les mesures litigieuses auraient été adoptées à l'issue d'une procédure irrégulière,
- b) les mesures visant à modifier l'assurance complémentaire auraient un caractère arbitraire et discriminatoire ;
- c) ces mêmes mesures porteraient atteinte aux droits acquis et au principe de confiance légitime.

a) Irrégularité de la procédure

80. Au sujet du caractère irrégulier de la procédure, les requérants soutiennent qu'il y aurait trois vices :

- i. absence d'appel d'offres ;
- ii. absence d'avis du Comité du Personnel et, enfin,
- iii. insuffisance des informations délivrées au Comité des Ministres.

i. L'absence d'appel d'offres,

81. Les requérants rappellent que les règles de passation des marchés au sein du Conseil de l'Europe sont prévues par le Règlement financier et dispositions annexes du Conseil de l'Europe.

82. Or l'article 40, alinéa 1^{er}, dudit Règlement précise que « les contrats, contrats-cadres et accords-cadres portant sur l'achat par l'Organisation de biens, services, prestations intellectuelles ou travaux et maîtrise d'œuvre sont conclus après un appel d'offres public international ».

83. Après un appel à candidatures, le contrat d'assurance collective avait été attribué à une assurance et à un gestionnaire pour une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2014. Or l'Organisation a décidé de renouveler le contrat d'assurance collective avec l'assureur et le gestionnaire en titre pour une période de trois années supplémentaires, de 2017 à 2019, sans procéder à un nouvel appel d'offres.

84. Les requérants émettent de sérieux doutes quant à la régularité de ce renouvellement, et ce d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'un simple renouvellement de contrat avec maintien des prestations et garanties, mais bien d'un véritable bouleversement dans l'économie de ce contrat avec comme objectif semble-t-il de respecter le principe de croissance nominale zéro appliqué par le Comité des Ministres.

85. Ensuite, les requérants estiment que le Secrétaire Général devrait justifier en tout premier lieu de la possibilité de renouveler le contrat initial. Pour cela, il serait opportun d'avoir connaissance sur ce point du cahier de charges qui a été communiqué aux candidats ayant répondu à cet appel d'offres et des clauses pertinentes du contrat signé en matière de renouvellement. Pour les requérants, l'Organisation aurait accepté, dans un souci d'économie, de revoir à la baisse le niveau de certaines garanties – en l'espèce, règles applicables à l'assurance complémentaire, – du contrat d'assurance collective accordées aux agents les plus vulnérables compte tenu de leur situation familiale (conjoint et/ou personnes à charge). Or, dans une telle situation, il appartenait à l'Organisation de sauvegarder les intérêts de ses agents et de chercher, par le biais d'un nouvel appel d'offres, un prestataire répondant au mieux aux besoins de l'Organisation et de ses agents.

ii. *L'absence d'avis du Comité du Personnel,*

86. Pour les requérants, il ressort de l'article 6 de l'Annexe I (Règlement sur la participation du personnel) que le Comité du Personnel doit être nécessairement consulté par le Secrétaire Général avant de soumettre au Comité des Ministres tout projet de modification ou d'amendement du Statut du personnel.

87. Toutefois, selon eux, si la Direction Générale de l'Administration a bien soumis une demande de consultation statutaire au Comité du Personnel le 4 août 2016, celui-ci n'aurait quant à lui pas été en mesure de rendre un avis s'agissant des mesures litigieuses.

88. Les requérants arrivent à cette conclusion en raison de l'intitulé dudit mémorandum qui n'évoque, dans son corps, que les modifications portées à l'Annexe IV au Statut du Personnel. C'est en ce sens que le Comité du Personnel a rendu un avis le 22 août 2016 s'agissant exclusivement des mesures concernant ladite Annexe IV.

89. Le Comité du Personnel ne s'est, à aucun moment, prononcé sur une éventuelle modification de l'Annexe XII au Statut du Personnel.

90. Dès lors, selon les requérants, les modifications apportées à l'Annexe XII au Statut du personnel l'ont été à l'issue d'une procédure irrégulière.

91. Il est important de souligner que la consultation est une garantie importante offerte aux agents qui ont le droit de demander que l'information sur le projet qui constitue l'objet de la consultation soit aussi complète que possible, sans quoi un avis éclairé ne pourrait être rendu (Commission de recours de l'OECE 5 juillet 1957, 29).

92. Par conséquent, l'absence de consultation du Comité du Personnel prive nécessairement d'effet les mesures litigieuses de la Résolution CM/Res(2016)18. Par voie de conséquence, les arrêtés n°1384, 1385 et 1387 adoptés à la suite de la Résolution CM/Res(2016)18 sont de ce fait irréguliers s'agissant des mesures concernées et doivent être annulées.

iii. *L'insuffisance des informations délivrées au Comité des Ministres*

93. Les requérants déplorent en outre un manque d'informations claires à destination du Comité des Ministres par le Secrétaire Général. Cela ressortirait en premier lieu de l'énoncé de son projet de modification portant sur « le Règlement sur les traitements et indemnités des agents (Annexe IV au Statut du Personnel) et dispositions connexes ». Or, parmi les « dispositions connexes » figurent les mesures litigieuses qui modifiaient l'Annexe XII au Statut du Personnel.

94. Selon les requérants, en adjoignant ces mesures à un projet visant principalement à modifier l'Annexe IV au Statut du Personnel), le Secrétaire Général aurait cherché à éviter toute publicité ou débat sur l'Annexe XII au Statut du Personnel.

95. Compte tenu de l'importance des modifications apportées à l'Annexe XII au Statut du Personnel, il appartenait au Secrétaire Général d'informer clairement le Comité des Ministres des modifications proposées. Ces informations n'auraient ainsi pas été communiquées de bonne foi et de manière sincère au Comité des Ministres puisque celles-ci ont été dissimulées parmi un grand nombre de modifications qui étaient demandées au même moment au Comité des Ministres, modifications qui n'avaient donc rien à voir avec le contrat d'assurance collective.

96. Pour étayer leur grief, les requérants se réfèrent aux documents de travail qui ne font aucune mention de l'amendement aux dispositions sur l'assurance collective dans son préambule.

97. Dès lors, les mesures litigieuses auraient été en quelque sorte dissimulées au Comité des Ministres parce que les modifications de l'assurance médicale n'étaient pas « connexes » aux modifications de l'Annexe IV. Ces mesures s'apparentent donc à un « cavalier législatif » dont la légalité ne peut être que contestée.

b) Le caractère arbitraire et discriminatoire des mesures venant modifier l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge

98. Au sujet du caractère arbitraire et discriminatoire des mesures litigieuses, les trois requérants mettent en exergue que, avant la modification de l'Annexe XII au Statut du Personnel, l'assurance complémentaire pour le conjoint ou partenaire à charge était d'office incluse avec l'assurance primaire moyennant un coût global et forfaitaire.

99. A compter du 1^{er} janvier 2017, l'assurance proposée au conjoint à charge est désormais scindée en deux et se compose d'une part d'une assurance primaire et d'autre part d'une assurance complémentaire. Cette assurance complémentaire est par conséquent devenue optionnelle et payante.

100. Selon les requérants, cette mesure porterait préjudice à l'agent dont le conjoint ou le partenaire est à sa charge, et ce en diminuant par principe les garanties proposées (l'assurance complémentaire étant devenue optionnelle) et en alourdissant de ce fait le coût de cette assurance pour conserver les mêmes garanties que précédemment.

101. Cette modification ne vise que les agents dont le conjoint ou le partenaire est à charge, ce qui représente approximativement 375 agents.

102. Au-delà des motivations fournies par l'Organisation, les requérants mettent en exergue que la couverture médicale statutaire des ayants droit a toujours été garantie de façon globale sans distinction entre la partie « primaire » et la partie « complémentaire » et cette couverture était prévue par le Statut du personnel en vertu du principe de la solidarité entre agents, quelle que soit leur situation familiale.

103. En outre, les agents concernés ont été informés le 1^{er} décembre 2016 que ils devaient faire connaître pour le 21 décembre 2016 leur décision quant à la souscription ou non de l'assurance complémentaire facultative.

104. Les requérants affirment que, compte tenu de l'information tardive et du délai restreint, ils n'ont pas été mis à même de prendre une décision éclairée et conforme à leurs intérêts. En effet, ils auraient été dans l'impossibilité de rechercher une autre assurance venant proposer des garanties équivalentes à moindre coût. Ce n'est que pour garantir un niveau équivalent de protection sociale que chacun d'entre eux a souscrit à cette assurance complémentaire telle que nouvellement proposée par l'Organisation malgré le surcoût.

c) L'atteinte aux droits acquis et au principe de confiance légitime

105. Les trois requérants font valoir qu'ils subissent nécessairement un préjudice économique du fait de la modification des règles apportées à l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge. En effet, pour maintenir des droits et garanties équivalentes par rapport aux années précédentes, les requérants doivent à présent verser une cotisation supplémentaire de l'ordre de 80 euros par moi

106. Les requérants estiment par conséquent que cette mesure porte atteinte à leur droit acquis de percevoir le traitement qui leur est dû conformément à leur grade et échelon respectif. En application du principe de la confiance légitime, les agents étaient là encore en droit d'espérer le maintien d'une couverture médicale et sociale sans que celui puisse occasionner un coût supplémentaire.

107. En se référant à la sentence Hedman (TACE, recours N° 557/2014 – Hedman c. Secrétaire Général, sentence du 10 décembre 2015, paragraphes 75-76), les requérants soutiennent que, pour le Tribunal, la modification de la couverture médicale et sociale occasionne *ipso facto* une atteinte aux droits des agents concernés. En l'espèce, la couverture médicale et sociale dont les requérants bénéficiaient a bien été modifiée. Dès lors, il conviendrait d'en tirer conséquence pour reconnaître une atteinte à leurs droits et au principe même de confiance légitime.

108. Selon eux, cette nouvelle situation porterait atteinte à leur couverture médicale et sociale en diminuant leurs garanties et en alourdissant les charges financières d'agents déjà vulnérables compte tenu de leur charge familiale.

109. En conclusion, les requérants sollicitent l'annulation des mesures litigieuses en ce qu'elles ont été adoptées à l'issue d'une procédure irrégulière, et qu'elles sont au surplus discriminatoires et arbitraires, qu'elles causent un tort inutile et excessif à des agents vulnérables pour des motifs qui ne sont pas raisonnables et qu'elles portent atteinte au principe de confiance légitime.

110. De ce fait, ils demandent :

- a) d'annuler les modifications apportées aux articles 9, 12 et 13 de l'Annexe XII au Statut du personnel telles qu'adoptées par la résolution CM/RES(2016)18 du Comité des Ministres du 18 octobre 2016 ;
- b) d'annuler les mesures prises en leur application, à savoir les arrêtés n°1384 du 15 décembre 2016, n°1385 et n°1387 du 20 décembre 2016 venant modifier la couverture de l'assurance médicale CEMSIS en ce qui concerne l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge.

2. *Le Secrétaire Général*

a) Irrégularités de la procédure

111. S'agissant de la prétendue irrégularité des mesures en raison de l'absence d'appel d'offres, Le Secrétaire Général soutient que le contrat d'assurance collective aurait été renouvelé en parfaite conformité avec les dispositions pertinentes du Règlement financier du Conseil de l'Europe. Ainsi, la possibilité du renouvellement figurait dès la décision du 21 mai 2013 de la Commission des marchés autorisant la conclusion du contrat pour une durée initiale de trois ans. L'offre de renouvellement du contrat proposée par le prestataire a été soumise à l'appréciation de la Commission des marchés qui a décidé, après avoir considéré l'ensemble des éléments pertinents, d'autoriser le renouvellement du contrat pour une durée de trois ans.

112. Contrairement à ce qui est soutenu par les requérants, rien ne permet d'affirmer que le fait de procéder à un nouvel appel d'offres aurait été dans l'intérêt de l'Organisation et des agents ni qu'il aurait permis d'identifier un autre prestataire en mesure d'offrir des conditions financières plus favorables permettant ainsi de maintenir un niveau identique de couverture.

113. L'offre de renouvellement du prestataire, malgré l'augmentation de son coût, a été considérée comme étant compétitive, financièrement conforme à la réalité économique et aux déséquilibres du contrat, et justifiée au vu de la sinistralité par catégorie de risques. Cette évaluation a pu être confirmée par un consultant, spécialisé dans le domaine, engagé par l'Organisation pour négocier les conditions du renouvellement.

114. L'organisation d'un appel d'offres pour un contrat de cette ampleur engendre des frais et une charge administrative considérables, sans compter l'impact négatif sur l'ensemble des bénéficiaires et sur le coût du contrat d'un changement d'assureur et de gestionnaire.

115. S'agissant de la prétendue irrégularité des mesures en raison de l'absence de consultation du Comité du Personnel, le Secrétaire Général met en exergue que, le 4 août 2016, le Directeur Général de l'Administration a adressé un mémorandum au Président du Comité du Personnel dans le cadre de la consultation statutaire sur le projet de résolution modifiant le Règlement sur les traitements et indemnités des agents (Annexe IV au Statut du Personnel) et dispositions connexes.

116. Il signale que le mémorandum était accompagné du projet de résolution soumis à la consultation du Comité du Personnel, ainsi que des rapports du Comité de coordination sur les rémunérations (CCR) relatifs à la réforme des allocations familiales. Ce mémorandum résumait les principales modifications contenues dans le projet de résolution concernant la réforme des allocations familiales, sans entrer dans le détail des modifications des articles 9, 12 et 13 du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale qui étaient incluses dans le projet de résolution. Pour le Secrétaire Général, cette circonstance ne serait toutefois pas de nature à rendre irrégulière la consultation statutaire du Comité du Personnel, car celui-ci était consulté sur le contenu du projet de résolution et non sur le mémorandum accompagnant le projet de résolution.

117. En outre, il importe de souligner que le Comité du Personnel était déjà parfaitement informé, au moment de la consultation statutaire, du contenu et de l'impact des modifications concernées.

118. Enfin, le Secrétaire Général attire l'attention du Tribunal sur le fait que le Comité du Personnel a également été consulté sur les Arrêtés n° 1385, 1386 et 1387 reflétant les modifications apportées au régime de couverture médicale et sociale et ce, conformément à l'article 5, paragraphe 3, du Règlement sur la participation du personnel. Dans son avis rendu le 19 décembre 2016, le Comité du Personnel a rappelé que le contenu des arrêtés en cause avait déjà été discuté et négocié et qu'il avait déjà exprimé ses commentaires sur les changements concernés dans le cadre décrit ci-dessus.

119. S'agissant de la prétendue irrégularité des mesures en raison de l'insuffisance alléguée des informations communiquées au Comité des Ministres, le Secrétaire Général conteste cette allégation des requérants selon laquelle le Comité des Ministres n'aurait pas été clairement informé sur les modifications du Règlement sur le régime de couverture médicale et sociale lors de l'examen et de l'adoption de la réforme des allocations familiales.

120. Selon lui, les mesures contestées auraient été adoptées en toute légalité par le Comité des Ministres conformément aux dispositions statutaires et réglementaires applicables. Le Comité des Ministres a ainsi adopté, le 18 octobre 2016, la résolution CM/Res(2016)18 et il ne saurait être allégué qu'il n'aurait pas adopté cette résolution en toute connaissance de cause.

121. Par ailleurs, les requérants ne fourniraient aucun élément de fait susceptible de corroborer leurs allégations.

b) Le caractère arbitraire et discriminatoire des mesures venant modifier l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge

122. Le Secrétaire Général indique d'abord les montants qui sont en cause et précise que les agents ayant un conjoint ou partenaire à charge ne payent qu'une partie seulement en contrepartie de la couverture médicale complète de leur conjoint.

123. Cette mesure ne peut être considérée comme une discrimination au sens de l'article 3 du Statut du Personnel puisqu'il s'agit d'une mesure adéquate et proportionnée afin d'atteindre un but légitime, c'est-à-dire assurer une plus juste répartition des charges de la couverture médicale et sociale entre les affiliés. Dans le contexte des difficultés financières rencontrées pour maintenir

un niveau adéquat de garantie de la couverture médicale pour l'ensemble des bénéficiaires, l'Organisation se devait de mettre fin à des avantages devenus incompatibles avec une répartition équitable des charges de la couverture médicale et sociale.

124. En décidant que cette couverture complémentaire devenait payante, l'Organisation a retenu un critère objectif lui permettant de traiter de manière équitable tous les agents et pensionnés. Il a ainsi été mis fin à un traitement qui avantageait les agents ayant des conjoints à charge puisqu'ils ne versaient aucune contrepartie financière pour les prestations dont bénéficiaient leur conjoint ou partenaire à charge.

125. Le Secrétaire Général ajoute que si le coût de la couverture complémentaire ou le niveau des garanties offertes par le contrat d'assurance collective du Conseil de l'Europe sont estimés insatisfaisants par les agents concernés, ceux-ci sont libres de souscrire, au titre de leur conjoint à charge, une assurance complémentaire autre que celle proposée par le Conseil de l'Europe.

126. En ce qui concerne le délai trop court qui aurait été donné aux requérants pour décider de conserver ou non cette couverture complémentaire, le Secrétaire Général indique que les agents qui s'étaient plaints auprès de la DRH d'un délai trop restreint, ont été informés qu'il leur serait permis de cesser la souscription à l'assurance complémentaire du Conseil de l'Europe au courant de l'année 2017 s'ils devaient décider d'affilier leur conjoint ou partenaire auprès d'une autre assurance – que ce choix s'effectue uniquement pour la couverture complémentaire ou pour la couverture primaire et complémentaire.

c) L'atteinte aux droits acquis et au principe de confiance légitime

127. En se référant lui aussi aux mêmes paragraphes de la sentence Hedman c. Secrétaire Général précitée, le Secrétaire Général affirme que conformément aux principes dégagés par le Tribunal en la matière, il ne peut être soutenu que la mesure contestée porte sur une condition d'emploi présentant un caractère fondamental et essentiel qui aurait été de nature à déterminer les requérants à entrer en service.

128. Pour le Secrétaire Général, les requérants ne soumettraient aucun argument qui pourrait justifier leur droit au maintien d'une couverture médicale entièrement gratuite au titre de leur conjoint à charge durant la totalité de leur carrière au Conseil de l'Europe puis tout au long de leur retraite. Par conséquent, ils ne peuvent valablement soutenir que la décision de rendre payante l'assurance complémentaire du conjoint à charge aurait porté atteinte à leurs droits acquis.

129. Selon lui, il est vrai que les requérants bénéficiaient auparavant d'un avantage dans la mesure où ils étaient dispensés du paiement de toute cotisation correspondant à la contrepartie des prestations couvertes à titre complémentaire pour leur conjoint à charge. Il s'agissait toutefois d'un avantage qui ne pouvait pas être maintenu indéfiniment au vu de la nécessité de garantir l'équilibre économique et la pérennité de la couverture médicale et sociale du Conseil de l'Europe pour l'ensemble des bénéficiaires et en l'absence d'autre possibilité de financement. Cet avantage a été considéré comme incompatible avec une répartition équitable des charges de la couverture médicale et sociale dans un contexte où des sources d'économie devaient être identifiées.

130. Cependant, la mesure contestée ne porterait pas atteinte de façon disproportionnée aux intérêts des requérants puisque la majeure partie du coût de la couverture médicale et sociale du conjoint à charge continue à être prise en charge par la collectivité sans contrepartie financière. Seule une partie limitée du coût est prise en charge par l'agent concerné.

131. Enfin, le Secrétaire Général soutient qu'une couverture médicale et sociale ne saurait apparaître comme un système figé une fois pour toute, au risque de paralyser son fonctionnement. La couverture médicale et sociale reflète l'évolution de la société, le progrès technique et les avancées médicales et scientifiques. Ceci se traduit par l'ajustement de la couverture sociale et médicale tant en ce qui concerne son fonctionnement que ses prestations. Des ajustements sont constamment nécessaires et ces ajustements, du type de ceux considérés en l'espèce, peuvent toucher les agents à différents degrés sans qu'ils ne puissent, pour autant, être considérés comme portant atteinte au principe de confiance légitime ou aux droits acquis.

3. *Le tiers intervenant*

132. Le Tribunal ayant conclu à l'irrecevabilité du grief visant la modification du capital décès invalidité, il importe de résumer ici l'argument du tiers intervenant qui se réfère au second grief.

133. Après avoir exposé des faits concernant sa situation personnelle, le tiers intervenant ne développe que des argumentations qui soutiennent les arguments des requérants au sujet du grief visant la modification du montant pour décès ou invalidité. Toutefois, ce grief ayant été déclaré irrecevable il n'est pas nécessaire de résumer ici ces arguments.

Cependant, dans ses conclusions le tiers intervenant appuie la demande d'annulation des mesures litigieuses aussi dans la mesure où elles visent les modifications concernant l'assurance complémentaire sans toutefois faire des considérations spécifiques.

134. De son côté, le Secrétaire Général constate que le tiers intervenant expose des faits et des moyens qui sont propres à sa situation personnelle et qui diffèrent de ceux présentés par les requérants. Pour lui, l'intervention irait au-delà du simple soutien des conclusions des requérants.

135. Dès lors, l'intervention ne correspondrait pas aux critères énoncés à l'article 10 du Statut du Tribunal et doit être déclarée manifestement irrecevable.

136. Après la fin de la procédure orale, le tiers intervenant a exprimé la volonté de se désister. Les requérants se sont opposés, car cette déclaration ne peut avoir d'effet rétroactif, tandis que le Secrétaire Général a indiqué de ne pas s'y opposer.

III. L'APPRECIATION PAR LE TRIBUNAL

137. En ce qui concerne la demande de désistement du tiers intervenant, le Tribunal note que celui-ci peut se désister seulement en ce qui concerne la suite de la procédure mais il n'est pas possible de donner un effet rétroactif à sa demande.

138. Dès lors, le Tribunal arrive à la conclusion qu'il n'a pas besoin de statuer sur l'exception d'irrecevabilité du Secrétaire Général ni sur la demande de remboursement des frais du tiers intervenant, ni de tenir compte de l'intervention dans la mesure où celle-ci ne dépasse pas les limites qui sont fixées par l'article 10 du Statut du Personnel.

a) Irrégularité de la procédure

140. En ce qui concerne le bien-fondé du grief, le Tribunal doit se pencher d'abord sur les trois allégations visant la régularité de la procédure.

141. Au sujet de l'irrégularité visant l'absence d'offre, le Tribunal doit constater à titre préliminaire qu'il ne s'agissait pas d'un nouveau contrat mais d'un renouvellement de celui existant qui arrivait à expiration.

142. Dans ce contexte, force est de constater que le contrat d'origine prévoyait une clause de renouvellement et que le Comité de Surveillance (COS) a donné son accord aussi bien lors du premier contrat que de son renouvellement.

143. Certes, deux modifications sont intervenues dans les garanties mais, en ce qui concerne la modification du montant de l'assurance complémentaire – seule question qui doit être examinée dans la présente sentence – l'on ne saurait parler de véritable bouleversement dans l'économie du contrat au point de justifier qu'un nouvel appel d'offre soit lancé.

144. Le Secrétaire Général ayant fait référence à la complexité de la mise en œuvre d'un nouvel appel d'offre et au coût qui en découle pour l'Organisation, le Tribunal estime que l'on ne saurait retenir cet argument pour des modifications qui seraient plus importantes ou pour une somme de petites modifications en nombre suffisant pour bouleverser le cadre général de la contribution des agents au système d'assurance collective. Le fait qu'il s'agit d'une couverture complémentaire que les agents peuvent ne pas souscrire ne saurait constituer un argument de nature à infléchir le jugement du Tribunal en raison des avantages qui sont inhérents à la souscription à des garanties collectives et qui, comme tels, peuvent constituer un élément qui peut contribuer à ce qu'une personne décide de devenir agent de l'Organisation.

145. Dès lors, cet argument des requérants doit être rejeté.

146. Quant à la prétendue absence d'avis du Comité du Personnel, le Tribunal constate que cet organe représentatif du personnel n'a pas précisé, pendant le présent contentieux, par le biais qui lui paraissait le plus approprié, s'il s'était estimé consulté, dans le cadre de l'adoption de la résolution CM/RES(2016)18 seulement sur les modifications visant l'Annexe IV au Statut du Personnel ou aussi sur celles concernant l'Annexe XII audit Statut.

147. Quoiqu'il en soit, force est de constater que le projet de résolution communiqué par l'Organisation comprenait toutes les modifications au Statut envisagées et que la note de couverture ne limitait pas la consultation à une partie de ce projet. En outre et surtout, il appartenait au Comité du Personnel de décider de l'étendue de l'avis qu'il était invité à donner.

148. Dès lors, cet argument des requérants doit être rejeté.

149. Enfin en ce qui concerne l'insuffisance des informations délivrées au Comité des Ministres, le Tribunal ne peut s'empêcher de noter qu'effectivement, dans les documents préparatoires dont il a eu connaissance, le Secrétaire Général ne semble pas avoir suffisamment attiré l'attention du Comité des Ministres sur le lien entre l'Annexe IV et l'Annexe XII ainsi que sur les modifications de celui-ci.

150. Cette insuffisance de clarté semble être importante dans la mesure où le passage suivant (l'adoption des arrêtés litigieux) s'est fait sans l'implication du Comité des Ministres.

151. Cependant, dans l'examen du grief des requérants, le Tribunal ne peut que rappeler ici les conclusions auxquelles il est parvenu quant à la possibilité de se prononcer sur les actes du Comité des Ministres. Cette conclusion vaut également pour les actes préparatoires qui tombent sous la responsabilité du Comité des Ministres.

152. Etant arrivé à cette conclusion, le Tribunal doit rejeter l'argument des requérants

b) Le caractère arbitraire et discriminatoire des mesures venant modifier l'assurance complémentaire pour le conjoint à charge

153. Dans la mesure où les requérants se plaignent de ce que la modification leur porterait préjudice parce qu'elle diminuerait par principe les garanties proposées en alourdissant de ce fait le coût de l'assurance pour conserver les mêmes garanties, le Tribunal constate que cet argument relève plutôt de la question des droits acquis. Dès lors, le Tribunal le prendra en considération lorsqu'il examinera cette question.

154. Au sujet de la solidarité entre agents sans distinction entre garanties primaire et complémentaire, le Tribunal ne voit pas en quoi le fait de décider de commencer à traiter deux situations différentes de manière différente pourrait constituer un comportement « arbitraire et discriminatoire ».

155. Enfin, en ce qui concerne le caractère tardif de l'information, le Tribunal note que l'Organisation avait informé les agents qui s'étaient plaints de la brièveté du délai qu'elle était prête à arrêter la souscription dès qu'ils trouveraient une autre assurance complémentaire.

156. Face à ces constats, le Tribunal arrive à la conclusion que la mesure litigieuse n'avait pas de caractère arbitraire et discriminatoire.

c) L'atteinte aux droits acquis et au principe de confiance légitime

157. Au sujet de ce grief, le Tribunal rappelle, quant à l'atteinte aux droits acquis, que « un droit est acquis si son bénéficiaire peut en exiger le respect, nonobstant toute modification de texte. Il y a lieu de considérer comme acquis un droit conféré par une disposition statutaire ou réglementaire et assez important pour avoir déterminé un agent à s'engager au service d'une organisation. Réduire ce droit sans le consentement de son titulaire, c'est porter atteinte aux conditions d'emploi sur le maintien desquelles les fonctionnaires peuvent compter (sentence Hedman précitée, paragraphe 75) ».

158. Or le Tribunal note que, à l'instar du recours Hedman, dans le cas d'espèce, contrairement à ce qu'affirment les requérants, l'introduction d'une cotisation en percentile de la somme effectivement payée au prestataire n'a touché ni au statut des agents ni à la couverture médicale et sociale dont ils peuvent bénéficier. D'ailleurs, les requérants ne soumettent aucun argument qui pourrait justifier leur droit au maintien d'un bénéfice tout au long de leur carrière. En effet, cette mesure ne porte pas atteinte au droit acquis au traitement qui leur est dû conformément à leur grade et échelon respectif, car l'octroi de l'assurance complémentaire pour le conjoint n'est pas pris en compte pour calculer le traitement en question. Au demeurant, la modification introduite n'a pas porté atteinte de manière disproportionnée à leurs intérêts et les requérants n'ont pas prouvé que ledit bénéfice constituait pour eux une condition d'emploi qui les avait amenés à accepter l'offre d'emploi de l'Organisation.

159. Quant à l'atteinte au principe de la confiance légitime, le Tribunal n'exclut pas que si les requérants avaient imaginé, lors de la souscription de leurs contrats respectifs, que l'Organisation pourrait se trouver dans une situation budgétaire peu confortable quelques années plus tard, ils n'auraient pas considéré, en prenant leur décision de s'engager dans l'Organisation, que des mesures telles que le caractère payant de l'assurance complémentaire du conjoint seraient prises. Toutefois, cet élément n'est pas constitutif d'une méconnaissance du principe de confiance légitime ni d'une méconnaissance des droits acquis (TACE, Recours N° 492-497/2011, 504-508/2011, 510/2011, 512/2011, 515-520/2011, 527/2012 - BARON et autres c/ Secrétaire Général, sentence du Tribunal du 25 septembre 2012, paragraphe 54).

160. A la lumière de ces considérations, le Tribunal arrive à la conclusion que la mesure incriminée n'a pas violé le principe général du droit qui protège les droits acquis, ni celui de la confiance légitime. Il rejette donc ce moyen de recours.

161. En conclusion, les recours ne sont pas fondés et ils doivent être rejetés.

IV. FRAIS ET DEPENSES

162. En ce qui concerne les frais, le Tribunal note qu'aucune demande ne lui a été soumise par les parties aux termes de l'article 11, paragraphe 3, du Statut du Tribunal. Il n'y a donc pas lieu de se prononcer sur cette question.

V. CONCLUSION

163. En conclusion, les recours ne sont pas fondés et doivent être rejetés.

Par ces motifs,

Le Tribunal Administratif :

Ordonne la jonction des recours ;

Dit qu'il y a lieu de prendre acte de la décision du tiers intervenant de retirer son intervention aux termes de l'article 10 du Statut du Tribunal ;

Déclare irrecevable la demande des requérants dans les recours N° 571-574, 576 et 578/2017 visant l'annulation des modifications à l'Annexe XII au Statut du Personnel ;

Déclare irrecevables les recours N° 573, 574, 575 et 578 /2017 ;

Déclare irrecevable le grief visant le capital en cas de décès ou invalidité soumis dans les recours N° 571, 572 et 576/2017 ;

Déclare non-fondé le grief visant la modification apportée à l'assurance complémentaire contestée dans les recours N° 571, 572 et 576/2017 ;

Rejette les recours N° 571, 572 et 576/2017 ;

Décide que chaque partie supportera les frais exposés par elle.

Adoptée par le Tribunal à Strasbourg, le 10 novembre 2017, et rendue par écrit selon l'article 35, paragraphe 1, du Règlement intérieur du Tribunal le 14 novembre 2017, le texte français faisant foi.

Le Greffier du
Tribunal Administratif

Le Président du
Tribunal Administratif

S. SANSOTTA

C. ROZAKIS