ADMINISTRATIVE TRIBUNAL
TRIBUNAL ADMINISTRATIF

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

Recours nº 774/2025

H

c/

Gouverneur de la Banque de développement du Conseil de l'Europe

****

JUGEMENT

4 juin 2026

Le Tribunal administratif, composé de :

Paul LEMMENS, Président,
Lenia SAMUEL,
Thomas LAKER, Juges**,**

assistés de :

Christina OLSEN, Greffière,
Dmytro TRETYAKOV, Greffier suppléant,

a rendu, après en avoir délibéré, le présent jugement.

INTRODUCTION

1. Le présent recours a pour objet la contestation de la décision de la Banque de développement du Conseil de l'Europe (ci-après « la Banque ») de ne pas donner suite à la conclusion de la Commission d'invalidité reconnaissant que l'invalidité de la partie requérante trouvait son origine dans une maladie professionnelle.

EN FAIT

2. La partie requérante fut recrutée par la Banque en avril 2013 au grade A2/1 et confirmée dans ses fonctions après l'achèvement de sa période probatoire en avril 2016.

3. La partie requérante fut mutée une première fois en janvier 2018 sur recommandation du Bureau du contrôle de la conformité, qui avait jugé non fondées ses allégations de conduite inappropriée à l'encontre de ses supérieurs. Cette première mutation n'ayant pas donné satisfaction, la partie requérante fut de nouveau mutée en novembre 2019, dans un autre service de la Banque, où elle resta en fonction jusqu'au 30 juin 2022, date de son placement en arrêt maladie. Cet arrêt fit suite à une réunion qui avait eu lieu la veille, soit le 29 juin 2022, entre la partie requérante et sa supérieure hiérarchique et qui avait été vécue par la partie requérante comme particulièrement difficile.

4. Le 20 novembre 2023, la société Henner, gestionnaire de l'assurance conclue par la Banque avec l'assureur Malakoff Humanis (ci-après respectivement « le gestionnaire » et « l'assureur ») fut saisie d'une demande de reconnaissance de la maladie de la partie requérante en tant que maladie professionnelle. Cette demande fut rejetée par le gestionnaire le 12 janvier 2024 au motif qu'il s'agissait d'une maladie hors tableau des maladies professionnelles reconnues par la sécurité sociale française. La partie requérante contesta cette décision le 31 janvier 2024. Le gestionnaire lui répondit le 2 février 2024 qu'une nouvelle étude de son dossier serait effectuée lorsqu'elle adresserait un certificat médical de son médecin traitant.

5. Le 15 février 2024, la partie requérante remit au gestionnaire une déclaration d'accident du travail en référence à la réunion du 29 juin 2022 avec sa supérieure hiérarchique (voir paragraphe 3). Elle en informa la Banque le même jour.

6. Cette demande de reconnaissance d'accident du travail fut rejetée par le gestionnaire le 12 mars 2024 pour cause de non-respect du délai pour l'introduction d'une telle demande. La partie requérante contesta ce rejet en date du 15 mars 2024. Le département médical du gestionnaire reconnut alors l'accident du travail, mais seulement pour la période du 29 juin au 4 juillet 2022. La partie requérante transmit par la suite au gestionnaire et à la Banque un certificat médical rectificatif attestant que tous les arrêts de travail qui lui avaient été délivrés depuis le 4 juillet 2022 étaient dus à l'accident du 29 juin 2022. Le gestionnaire confirma toutefois le rejet de la demande le 24 avril 2024, toujours pour non-respect des délais.

7. Par lettre du 10 octobre 2024, la partie requérante contesta ce rejet auprès des médecins conseils du gestionnaire et de l'assureur, en joignant une expertise médicale du 25 juin 2024 concluant à l'existence d'une maladie professionnelle. Le constat dressé dans l'expertise était le suivant : « *Cette maladie professionnelle est actuellement toujours évolutive. Le début peut en être fixé au 25 mars 2017 (…). À ce jour, le tableau clinique dans sa globalité est évolutif, sévère et chronique. La consolidation n'est pas encore acquise et [la partie requérante] demeure en situation d'incapacité totale à toute fonction, avec un taux d'IPP qui à la consolidation ne serait (sic) être inférieur à 25%* ».

8. Par courrier du 10 février 2025, la Division des ressources humaines de la Banque (ci-après « la DRH ») informa la partie requérante que l'expertise médicale ordonnée par l'assureur avait confirmé les décisions du gestionnaire. Le rapport d'expertise en question, daté du 3 décembre 2024 et transmis par l'assureur à la partie requérante, était sur ce point libellé comme suit :

> « *Il ne m'appartient pas de porter un avis sur les décisions des organismes sociaux quant à la reconnaissance de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle. Toutefois, il est constant que l'affection présentée par [la partie requérante] est « hors tableau » des maladies professionnelles et que seul le Comité Régional de Reconnaissance de la Maladie Professionnelle (CRRMP) serait habilité à se prononcer à ce sujet, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à ce jour. […] [La partie requérante] apparaît ce jour inapte à la reprise d'une activité professionnelle quelconque, même à un poste aménagé et à temps partiel, dans le cadre de son entreprise ou dans le cadre d'un autre emploi.* »

La DRH ajouta que la durée maximale du maintien du salaire était de 36 mois, donc jusqu'à la fin du mois de juin 2025. Enfin, elle informa la partie requérante, si elle continuait à être inapte, de saisir une commission d'invalidité, chargée de déterminer si elle était dans l'incapacité permanente et totale d'exercer ses fonctions.

9. Au cours du mois d'avril 2025, la partie requérante tenta d'obtenir la reconnaissance de sa maladie comme étant une maladie professionnelle par un organisme relevant de la sécurité sociale française. Cet organisme se déclara incompétent au regard du statut de la partie requérante en tant que fonctionnaire international.

10. Par courrier du 18 avril 2025, la partie requérante adressa à la DRH de la Banque une demande formelle tendant à la saisine de la Commission d'invalidité. Réunie le 30 juin 2025, celle-ci conclut à l'unanimité de ses trois membres que la partie requérante était atteinte d'une invalidité permanente la mettant dans l'incapacité totale d'exercer les fonctions correspondant à son emploi dans l'Organisation ou des fonctions correspondant à son expérience et ses qualifications, qui lui auraient été proposées par l'Organisation (ci-après « la première conclusion de la Commission d'invalidité »). La Commission conclut également, à la majorité de deux voix contre une, que cette invalidité permanente résultait d'un évènement reconnu par l'Organisation comme « rentrant dans le champ d'application de l'article 14.2 du Règlement de

pensions et figurant dans le dossier administratif de l'agent » (ci-après « la deuxième conclusion de la Commission d'invalidité »).

11. Le 15 juillet 2025, le Gouverneur de la Banque décida que, conformément à la première conclusion de la Commission d'invalidité, la partie requérante recevrait une pension d'invalidité au titre de l'article 13.1 du Régime de pensions à compter du 1er août 2025. En revanche, s'agissant de la deuxième conclusion de la Commission d'invalidité, le Gouverneur refusa d'y donner suite. Sur ce point, sa décision était ainsi libellée :

> « (…) cette deuxième conclusion est en contradiction avec le cadre réglementaire applicable qui définit les pouvoirs et compétences de la Commission.
>
> L'Instruction 13/2 du Règlement de pensions prévoit que la Commission d'invalidité a pour attributions :
> (a) d'examiner si un agent est atteint d'une invalidité au sens de l'Article 13, paragraphe 1.
> (b) lorsqu'un évènement a été reconnu par la CEB comme rentrant dans le cadre d'application de l'article 14, paragraphe 2 (accident du travail, maladie professionnelle ou acte de dévouement), de déterminer dans quelle mesure l'invalidité de l'agent en résulte… » ;
>
> Vous avez fait une demande de reconnaissance de maladie professionnelle avant la saisine de la Commission, et la Banque vous a notifié, le 10 février 2025, les conclusions de l'Assureur, compétent sur ces questions (paragraphe 920.5.1.2 du Règlement du personnel), selon lesquelles votre état de santé ne relève ni d'un accident du travail ni d'une maladie professionnelle. La Banque a aussi informé la Commission de la décision de l'Assureur avant sa réunion du 30 juin 2025. En conséquence, le Gouverneur ne peut pas statuer à ce stade sur l'éventuelle application de l'Article 14.2 du Règlement de pensions. Si vous souhaitez contester les conclusions de l'Assureur, il vous incombe de contacter l'Assureur dans les modalités prévues pour les litiges d'ordre médical, conformément aux dispositions du Règlement du personnel, étant rappelé que, compte tenu de votre statut d'agent et du Statut et Règlement du personnel applicables à la CEB, vous n'êtes pas affilié à la Sécurité Sociale française, et ne relevez donc pas des mécanismes de reconnaissance de la législation française de sécurité sociale. »

12. La décision précitée du Gouverneur fut notifiée à la partie requérante le jour même de son adoption, soit le 15 juillet 2025.

13. Le 1er août 2025, la partie requérante fut mise à la retraite. Elle commença à recevoir une pension d'invalidité ordinaire.

14. Par une réclamation administrative datée du 13 août 2025, la partie requérante contesta la décision du Gouverneur du 15 juillet 2025 en ce qu'elle ne donnait pas suite à la deuxième conclusion de la Commission d'invalidité.

15. La réclamation administrative de la partie requérante fut rejetée par décision du Gouverneur du 12 septembre 2025 au motif qu'elle était irrecevable et dépourvue de fondement. La décision de rejet précisait que c'était lors de la réclamation de la partie requérante que la Banque avait constaté que l'expert mandaté par l'assureur n'avait pas statué sur la qualification de la maladie professionnelle (voir paragraphe 8). La décision de rejet informa la partie requérante qu'en conséquence, une expertise complémentaire serait diligentée par l'assureur et qu'il lui incombait, le cas échéant, d'en contester les conclusions auprès d'un médecin arbitre, conformément au point 2.g de l'Annexe 1 au Statut et Règlement du personnel relative au système médical et social de la Banque, avant d'envisager les voies de recours usuelles.

16. Par lettre du 20 octobre 2025 en réponse à une demande de clarifications de la partie requérante le 29 septembre 2025, la Banque revint sur les raisons ayant motivé les décisions précitées du 15 juillet et 12 septembre 2025 et réitéra sa position selon laquelle il appartenait à

la partie requérante de contester, le cas échéant, les conclusions de l'expertise médicale complémentaire par voie d'arbitrage.

PROCÉDURE

17. La partie requérante introduisit son recours le 6 novembre 2025. Le recours fut enregistré sous le numéro 774/2025.

18. Le 7 novembre 2025, le Président fit droit à la demande de la partie requérante visant à bénéficier d'un anonymat renforcé par rapport à celui qui est normalement accordé.

19. Le 16 décembre 2025, le Gouverneur fit parvenir ses observations concernant le recours.

20. Le 19 janvier 2026, la partie requérante déposa un mémoire en réplique.

21. Le 18 février 2026, le Gouverneur déposa un mémoire en duplique.

22. Le 24 février 2026, le Tribunal décida, à la demande de la partie requérante, de renoncer à la tenue d'une audience dans cette affaire, conformément à l'article 15, paragraphe 1, de son Règlement.

EN DROIT

I. LE CADRE JURIDIQUE PERTINENT

23. Les dispositions pertinentes relevant du cadre règlementaire de la Banque sont ainsi libellées :

- en ce qui concerne les conditions dans lesquelles une décision administrative faisant grief de la Banque peut être contestée :

Statut du personnel
Article 14 – Résolution des différends

(…)
14.3. Un-e agent-e qui considère qu'une décision administrative porte atteinte à ses intérêts et n'est pas compatible avec les termes et conditions de son engagement ou avec les dispositions pertinentes du Statut du personnel ou des Arrêtés, Instructions ou Politiques de la Banque et qui justifie d'un intérêt direct et actuel peut déposer une réclamation administrative auprès du-de la Gouverneur-e pour contester la décision administrative lui faisant grief. (…)
14.4. La décision rendue par le-la Gouverneur-e sur la réclamation (…) est susceptible de recours devant le Tribunal administratif du Conseil de l'Europe, dans les conditions prévues par les dispositions du Statut de ce tribunal. (…)

Statut du Tribunal
Article VII – Recevabilité

7.1 Un recours n'est recevable que si la décision administrative contestée est définitive et que le·la requérant·e a épuisé toutes les voies de recours prévues par le Statut du personnel, dans les formes et délais prescrits. Le recours porté devant le Tribunal doit soulever en substance les mêmes griefs que ceux pour lesquels les voies de recours ont été épuisées.

(…)

7.5 Le requérant doit avoir un intérêt direct et actuel à contester la décision litigieuse pendant toute la durée de la procédure.

Article VIII – Irrecevabilité manifeste

Si le·la Président·e du Tribunal estime qu'un recours ou une demande de rectification, d'interprétation, de révision ou d'exécution présentée au titre de l'article 17 du présent Statut est manifestement irrecevable, il·elle en fait état dans un rapport motivé adressé aux juges du Tribunal appelé·e·s à siéger. Si aucune objection n'est soulevée dans le délai fixé par le·la Présidente, le rapport est transmis sans délai au·à la requérant·e, accompagné de la notification indiquant que le recours ou la demande a été déclaré irrecevable.

- en ce qui concerne le régime de sécurité sociale des membres de la Banque :

Statut du personnel
Article 9 – Sécurité sociale

9.1. Le-la Gouverneur-e établit un régime de sécurité sociale pour les membres du personnel en exercice et, le cas échéant, pour les ancien-ne-s membres du personnel, comprenant des dispositions relatives à la couverture des dépenses de santé, à l'incapacité temporaire de travail, à l'invalidité, à la dépendance et au décès, ainsi qu'aux prestations en cas de maternité, de paternité et d'adoption. Ce régime est financé conjointement par la Banque et par le personnel.
9.2. Le-la Gouverneur-e fixe par voie d'Arrêté les prestations et les risques couverts.

Règlement du personnel

La CEB a établi un système médical et social obligatoire pour les agent-e-s en service et facultatif pour les pensionné-e-s et les ancien-ne-s agent-e-s (ci-après le « BMSS »)
A cet égard, la Banque agit en tant que titulaire d'une police d'assurance avec une compagnie d'assurance externe dans le but d'assurer :
- la couverture en cas d'invalidité permanente ou totale, ou de décès ;
- le maintien des salaires en cas d'accident ou de maladie ;
- le remboursement des dépenses médicales résultant d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident.

Définitions
(…)
910.2. « BMSS » (Bank's Medical and Social System) : Régime privé propre à la Banque qui prévoit des prestations au titre de la couverture primaire et complémentaire (« 1er euro ») ou de la couverture complémentaire.
(…)
910.4. « Maladie » : Toute altération organique ou fonctionnelle de la santé pour autant qu'elle soit dûment constatée par un médecin.
(…)
910.6. « Accident » : toute atteinte portée à l'intégrité physique ou mentale, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. La preuve de l'accident incombe à l'assuré-e ou aux bénéficiaires des prestations désigné-e-s par l'assuré-e et toute classification d'un autre organisme d'assurance ne saurait être opposable à l'assureur.
910.7. « Accident du travail, maladie professionnelle » : tout accident survenu par le fait ou à l'occasion des fonctions assumées dans la Banque et ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou mentale d'un-e bénéficiaire principal-e en activité.
En particulier, toute lésion corporelle due à l'action soudaine d'une cause extérieure est considérée comme accidentelle.
Est aussi considéré comme accident du travail, l'accident survenu au cours du trajet normal pour se rendre du domicile au lieu normal d'exercice des fonctions ou au retour ; ou lors d'un déplacement effectué entre les bâtiments occupés par la Banque, ou pendant les voyages pour se rendre sur le lieu de mission ou au retour et à l'occasion des fonctions durant la mission (à moins que la mission n'ait été interrompue pour un motif d'intérêt personnel indépendant des fonctions). Le trajet ne doit pas avoir été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel du-de la bénéficiaire principal-e.

Les maladies professionnelles dont l'origine est imputable à l'exercice de fonctions au sein de la Banque (maladies étant l'effet d'une succession d'évènements extérieurs et d'une action progressive liés aux conditions de travail) qui sont reconnues par la Sécurité sociale française comme étant des maladies professionnelles, conformément au tableau publié par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) listant les maladies reconnues comme professionnelles par la législation française, sont assimilées à des accidents du travail.
Est également considérée comme un accident du travail ou une maladie professionnelle, la rechute d'un accident du travail survenu au cours des fonctions ou d'une maladie professionnelle contractée du fait des fonctions, même lorsqu'elle se manifeste après la fin de l'engagement ou du mandat de l'assuré-e.
En cas de difficulté d'interprétation des principes énoncés ci-dessus, il est fait application par analogie de la législation française relative aux maladies professionnelles, ainsi que la jurisprudence des tribunaux français en la matière.
(…)

920.5. Accidents du travail et maladies professionnelles

920.5.1. Procédure

920.5.1.1. Tout accident du travail doit être notifié avec les circonstances détaillées de l'accident aux Ressources humaines dans un délai de 48 heures, sauf cas de force majeure. Dans un délai de 48 heures, le-la Directeur-trice des Ressources humaines transmet une déclaration à la compagnie d'assurance à laquelle l'agent-e est affilié-e, qui évalue le caractère professionnel de l'accident et notifie ses conclusions à l'agent-e.

920.5.1.2. Le-la Gouverneur-e informe l'agent-e après enquête, et le cas échéant, contrôle médical, de la décision de reconnaître l'accident comme un accident du travail et, en cas de refus, fait connaître les motifs de la décision prise par les assureurs.

920.5.2. Frais de santé et maintien de salaire

920.5.2.1. Les dépenses de santé requises par le traitement des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle et par la réadaptation fonctionnelle, sont prises en charge à 100% sans plafond.

920.5.2.2. Les agent-e-s qui doivent interrompre leurs fonctions par suite d'un accident du travail ont droit au maintien de la totalité de leur traitement et de leurs allocations et, s'ils-elles sont titulaires d'un contrat à durée déterminée, à la prolongation de leur contrat jusqu'à la constatation de la consolidation de leur état de santé ou, au plus tard, à l'âge de 65 ans.

920.5.3. Invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

920.5.3.1. Par parallélisme avec les prestations garanties par le régime français de Sécurité sociale, tout-e agent-e affilié-e au BMSS qui, par suite d'un accident de travail ou en conséquence d'un accident du travail, présente une infirmité permanente ou des séquelles ne lui permettant pas de recouvrer sa capacité antérieure de travail, bénéficie d'une rente dès le lendemain de la date de consolidation.

920.5.3.2. L'incapacité permanente est appréciée selon les critères du régime français de Sécurité sociale et dans les limites de ce même régime, en fonction de l'incapacité physique et de la capacité à se réinsérer dans le milieu professionnel. Il s'agit d'une incapacité totale dès lors qu'aucune reprise d'activité ne peut être envisagée, dans tous les autres cas il s'agit d'une incapacité partielle.
(…)

920.6. Invalidité

Invalidité permanente et totale

920.6.1. Capital

920.6.1.1. En cas d'invalidité permanente et totale, un capital est payé en euros par la Banque aux bénéficiaires ou, le cas échéant, à leurs représentant-e-s légaux-ales. (…)

Annexe 1
Système médical et social : contributions et prestations

(…)

2. Prestations relatives aux frais médicaux

(…)

g. Contentieux sur des questions médicales

Tout litige né entre un-e bénéficiaire principal-e et le gestionnaire portant sur des questions médicales, et qui n'a pas été réglé par accord mutuel, sera tranché par un-e médecin-arbitre désigné-e conjointement par un-e médecin choisi-e par le-la bénéficiaire et par un-e médecin choisi-e par la Banque ou la compagnie d'assurance, selon le cas.
(…)

- en ce qui concerne le régime de pensions des membres du personnel de la Banque :

Statut du personnel

Article 10 – Régime de pensions

10.1. Les membres du personnel sont affilié-e-s à l'un des régimes de pensions de la Banque, financés conjointement par la Banque et le personnel, conformément au régime de pensions qui leur est applicable : le Régime de Pensions établi par la Résolution 1432 du Conseil d'administration, du 29 janvier 1999 ou le Second Régime de Pensions adopté par la Résolution 1560 du Conseil d'administration, du 14 novembre 2013.

Règlement du personnel

Annexe 2
Régime de pensions adopté par le Conseil d'administration par la Résolution 1432 du 29 janvier 1999 et les instructions d'application

Chapitre III - Pension d'invalidité
Article 13 - Conditions d'octroi - Commission d'invalidité

1. Sous réserve des dispositions de l'article 2, a droit à une pension d'invalidité l'agent n'ayant pas atteint l'âge limite statutaire qui, au cours de la période durant laquelle il acquérait des droits à pensions, est reconnu par la Commission d'invalidité définie ci-dessous comme atteint d'une invalidité permanente le mettant dans l'incapacité totale d'exercer son emploi ou des fonctions correspondant à son expérience et ses qualifications qui lui auraient été proposées par la CEB.
2. La Commission d'invalidité est composée de 3 médecins désignés : le premier par la CEB, le deuxième par l'agent intéressé et le troisième d'un commun accord des deux premiers. Elle est saisie par la CEB soit de son propre chef, soit à la demande de l'intéressé.

Instructions – Article 13

(…)

13/2 – Commission d'invalidité

Attributions de la Commission d'invalidité

(i) Sous réserve des dispositions de l'article 2, la Commission d'invalidité a pour attributions :

(a) d'examiner si un agent est atteint d'une invalidité au sens de l'article 13, paragraphe 1.

(b) lorsqu'un événement a été reconnu par la CEB comme rentrant dans le cadre d'application de l'article 14, paragraphe 2 (accident du travail, maladie professionnelle ou acte de dévouement), de déterminer dans quelle mesure l'invalidité de l'agent en résulte ;

(…)

(…)

Réunion de la Commission d'invalidité

(vii) La Commission d'invalidité se réunit au plus tard dans un délai de 60 jours calendaires à compter de la désignation du troisième médecin.

(viii) La Commission d'invalidité dispose :

(a) d'un dossier administratif soumis par le Département des Ressources Humaines contenant notamment l'indication de l'emploi de l'agent à la CEB et la description de ses fonctions ainsi que des fonctions correspondant à son expérience et ses qualifications qui lui auraient été proposées par la CEB, afin que la Commission d'invalidité puisse se prononcer sur l'incapacité éventuelle d'assumer ces fonctions. En outre, ce dossier précise si la demande de mise en invalidité est susceptible de rentrer dans le cadre de l'application de l'article 14, paragraphe 2.

Les indications précitées sont communiquées à l'agent par le Département des Ressources Humaines avant transmission à la Commission d'invalidité pour observations éventuelles écrites de l'agent au Département des Ressources Humaines dans les 15 jours calendaires de leur réception au plus tard.

(b) d'un dossier médical contenant le rapport présenté par le médecin de la partie – CEB ou agent – qui demande la réunion de la Commission d'invalidité et, le cas échéant, le rapport médical présenté par l'autre partie ainsi que tous rapports ou certificats du médecin traitant ou des praticiens que les parties ont jugé bon de consulter. Ce dossier médical contient également des précisions sur la durée des absences de l'agent qui ont effectivement justifié la convocation de la Commission d'invalidité, ainsi que sur la nature de l'incapacité qui fait l'objet de l'examen de la Commission.

Tous ces rapports, documents et certificats, doivent être communiqués aux trois médecins.

(…)

(xi) Les conclusions de la Commission d'invalidité sont prises à la majorité ; elles sont définitives sauf erreur matérielle manifeste.

Conclusions au titre de l'article 13, paragraphe 1 ou de l'article 14, paragraphe 2
(xii) Les conclusions de la Commission d'invalidité précisent obligatoirement :

- si l'agent est atteint ou non d'une invalidité permanente le mettant dans l'incapacité totale d'exercer son emploi ou des fonctions correspondant à son expérience et ses qualifications qui lui auraient été proposées par la CEB ;
- si l'invalidité résulte d'un événement reconnu par la CEB comme rentrant dans le cadre d'application de l'article 14, paragraphe 2 (accident du travail, maladie professionnelle ou acte de dévouement) ;
- la date de consolidation de l'incapacité, laquelle peut-être antérieure à la date de réunion de la Commission.

(…)
13/3 – Décision du Gouverneur
Décision au titre de l'article 13, paragraphe 1 ou 14, paragraphe 2
(i) En conformité avec les conclusions de la Commission d'invalidité et sous réserve de la compétence du Tribunal administratif du Conseil de l'Europe, le Gouverneur de la CEB prend la décision :

(a) soit d'accorder à l'agent une pension d'invalidité au titre de l'article 13, paragraphe 1 ou de l'article 14, paragraphe 2 ; cette décision précise la date à laquelle la pension prend effet ;
(…)

(…)
Erreur matérielle manifeste
(iii) En cas d'erreur matérielle manifeste, le Gouverneur saisit à nouveau la Commission d'invalidité.
Notification de la décision du Gouverneur
(iv) Dans les 30 jours calendaires suivant la réception des conclusions de la Commission d'invalidité, le Gouverneur notifie par écrit sa décision, avec les conclusions de la Commission d'invalidité, à l'agent ou l'ancien agent.

Article 14 – Taux de la pension

1. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 5, paragraphe 3, le montant de la pension d'invalidité est égal au montant de la pension d'ancienneté à laquelle l'agent aurait eu droit à l'âge limite statutaire s'il était resté en service jusqu'à cet âge, sans que soit requis le minimum de dix ans prévu par l'article 7.
2. Toutefois, lorsque l'invalidité résulte d'un accident survenu dans l'exercice des fonctions, d'une maladie professionnelle ou d'un acte de dévouement accompli dans un intérêt public ou du fait d'avoir exposé ses jours pour sauver une vie humaine, le taux de la pension d'invalidité est fixé à 70% du traitement. La pension d'invalidité prévue par le présent paragraphe ne peut être inférieure à la pension d'invalidité qui serait versée en application des dispositions du paragraphe 1 du présent article, dans le cas où l'invalidité résulterait d'une autre cause que celles prévues par le présent paragraphe.
(…)

Instructions – Article 14

(…)
14.2 – Accident du travail et maladie professionnelle
Pour l'application de l'article 14, paragraphe 2, il est fait référence à la réglementation applicable à la CEB pour la définition des risques accident du travail et maladie professionnelle.

II. DEMANDE D'ORDONNER LA PRODUCTION DE CERTAINS DOCUMENTS

24. Avant de pouvoir s'exprimer sur la recevabilité du recours et examiner la présente affaire au fond, le Tribunal est tenu de répondre aux demandes que le Gouverneur lui a adressées en vue d'obtenir de celui-ci qu'il adopte les mesures d'instruction suivantes au titre de l'article 10.5 de son Statut et de l'article 7 de son Règlement :

- autoriser le Gouverneur à obtenir de la part de l'assureur et du gestionnaire, l'ensemble des échanges avec la partie requérante concernant la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, et de pouvoir les produire dans le cadre de ce contentieux, ou à défaut, d'ordonner à l'assureur et au gestionnaire la production desdits échanges ;
- inviter la partie requérante à ne pas opposer la confidentialité des éléments médicaux sur lesquels elle s'appuie dans son recours, en particulier les expertises médicales du 25 juin 2024 et du 3 décembre 2024 (voir paragraphes 7 et 8 *supra*) ;

- ou encore, si le Tribunal devait l'estimer nécessaire ou utile, procéder à une expertise médicale.

25. S'agissant des mesures d'instruction en question, le Tribunal estime que la procédure devant la Commission d'invalidité, ainsi que devant le Tribunal, a permis à chaque partie de présenter tous les éléments utiles à l'exercice d'une défense effective. Il estime, en outre, qu'il est lui-même en position de se prononcer sur l'ensemble des arguments, de fait ou de droit, soulevés par les parties, sans avoir à adopter de telles mesures.

26. Au vu de ce qui précède, le Tribunal rejette dans leur ensemble les demandes du Gouverneur tendant à l'adoption des mesures d'instruction précitées.

III. POSITIONS DES PARTIES

A. Recevabilité

1. Le Gouverneur

27. Le Gouverneur considère que le recours est manifestement irrecevable, ou à tout le moins, irrecevable.

28. Au titre de l'irrecevabilité manifeste, le Gouverneur soumet que lorsque l'expertise complémentaire diligentée par l'assureur (voir paragraphe 15) sera établie, la partie requérante pourra, le cas échéant, en contester les conclusions par la voie d'un arbitrage conformément au point 2.g de l'Annexe 1 au Statut et Règlement du personnel – ce qu'il a rappelé à la partie requérante dans sa décision de rejet de la réclamation administrative. Selon le Gouverneur, ce n'est qu'à l'issue de cette procédure que la partie requérante pourra initier, pour les aspects administratifs, les voies de recours usuelles, c'est-à-dire une réclamation administrative suivie d'un recours au Tribunal. La partie requérante n'ayant pas épuisé ces voies de recours, le Gouverneur sollicite du Tribunal qu'il prononce l'irrecevabilité manifeste du recours en application de l'article VIII de son Statut.

29. Au titre de l'irrecevabilité, le Gouverneur fait valoir qu'en tout état de cause, dans la mesure où il n'a pas encore statué sur l'origine professionnelle de l'invalidité de la partie requérante, la décision contestée n'est pas définitive et la partie requérante ne peut invoquer un intérêt actuel à la contester, mais uniquement un intérêt futur hypothétique. Le Gouverneur ajoute qu'il en aurait été différemment s'il avait décidé de ne pas suivre la recommandation de la Commission d'invalidité en rejetant la qualification d'origine professionnelle de la maladie de la partie requérante et s'il avait maintenu cette décision dans sa réponse à la réclamation administrative, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce.

30. Le Gouverneur insiste sur le fait que dès que la Banque a été en mesure de le faire, elle a entrepris les démarches nécessaires à la réalisation sans délai d'une expertise médicale complémentaire, afin que l'assureur puisse infirmer ou confirmer sa position conformément au cadre applicable.

2. La partie requérante

31. La partie requérante soutient, quant à elle, que le recours est recevable dès lors qu'il a pour objet un acte lui faisant grief. Elle soumet que tel est le cas de la décision contestée puisque celle-ci refuse de donner effet aux conclusions – qui lui sont favorables – de la Commission d'invalidité et de reconnaître l'origine professionnelle de sa maladie, ainsi que, en conséquence, une pension d'invalidité fixée à un taux plus élevé.

32. En lien avec les considérations qu'elle développe concernant le bien-fondé du recours, la partie requérante ajoute que les conclusions de la Commission d'invalidité sont régulières et contraignantes pour la Banque et que la position de la Banque selon laquelle le Gouverneur ne pourrait pas statuer à ce stade sur l'éventuelle application de l'article 14.2 du Régime de pensions est inexacte.

B. Bien-fondé du recours

1. La partie requérante

33. Par son recours, la partie requérante demande au Tribunal d'annuler, d'une part, la décision du 15 juillet 2025 par laquelle la Banque a considéré ne pas pouvoir statuer, en l'état, sur l'éventuelle application de l'article 14.2 du Régime de pensions, et, d'autre part, la décision du 12 septembre 2025 rejetant la réclamation administrative contre cette décision. La partie requérante demande également au Tribunal de condamner la Banque à la réparation du préjudice précisé ci-dessous, ainsi qu'au paiement de la somme de 2 480,50 euros en remboursement des frais engagés dans le cadre de la procédure.

34. Au titre du préjudice matériel, la partie requérante demande qu'il soit ordonné à la Banque de procéder au paiement de la différence entre la pension d'invalidité qu'elle a perçue depuis le 1er août 2025 et la pension qu'elle aurait perçue si le bénéfice de l'article 14.2, du Régime de pensions lui avait été octroyé, soit 1560 euros par mois, majorée des intérêts de retard.

35. S'agissant du préjudice moral, la partie requérante affirme que la décision contestée, ainsi que le manquement au devoir d'assistance de la Banque dans le cadre des procédures administratives auxquelles elle a été soumise, lui ont causé une incertitude et une anxiété que son état de santé fragile rend d'autant plus intenses. Elle évalue ce préjudice *ex aequo et bono* à 10 000 euros.

36. À l'appui de son recours, la partie requérante invoque essentiellement trois moyens : elle reproche à la Banque (a) la violation des articles 13 et 14 du Régime de pensions, (b) la violation du devoir de sollicitude, et (c) la méconnaissance du caractère coordonné du Régime de pensions de la Banque.

(a) Premier moyen : violation des articles 13 et 14 du Régime de pensions

37. La partie requérante soumet que la décision contestée, dans la mesure où elle sursoit à se prononcer sur l'origine professionnelle de son invalidité au motif que l'assureur devrait d'abord prendre position sur cette question, méconnaît le cadre juridique applicable. La partie requérante considère en effet que le Régime de pensions ne prévoit pas que l'origine professionnelle d'une maladie – et donc, de l'invalidité – doit d'abord être reconnue par

l'assureur pour ouvrir le droit au bénéfice d'une pension d'invalidité au taux plus élevé. C'est en raison de cette non-conformité au cadre réglementaire, que la partie requérante déclare avoir refusé de se soumettre à l'expertise complémentaire proposée par la Banque (voir *infra*, paragraphe 43).

38. Pour étayer ce moyen, la partie requérante passe en revue les dispositions pertinentes du Régime de pensions, en particulier les articles 13 et 14, et fait observer qu'à aucun moment, celles-ci ne font référence, ni n'indiquent que l'issue de la procédure d'invalidité au titre de ce régime de *pensions* serait subordonnée à l'avis de l'assureur, et ainsi des prestations au titre du système *médical et social* de la Banque (ci-après « le BMSS », du terme anglais « Bank's Medical and Social System »). De l'avis de la partie requérante, la seule interprétation des textes qui soit possible au regard du sens clair et dépourvu d'ambiguïté de leurs termes exclut tout lien d'interdépendance ou de conditionnalité entre les prestations du Régime de pensions et le BMSS.

39. La partie requérante ajoute que la lecture des textes telle qu'elle est faite par la Banque revient à lier la Commission d'invalidité aux conclusions de l'assureur s'agissant de l'origine professionnelle de la maladie, ce qui va à l'encontre de l'économie et de l'objectif des règles applicables. Non seulement une telle interprétation prive la Commission d'invalidité de sa compétence à se prononcer pleinement et souverainement sur les questions médicales, mais elle fait l'impasse du caractère contraignant des conclusions de la Commission d'invalidité pour le Gouverneur. De surcroît, la partie requérante fait noter qu'il n'y a pas lieu de faire dépendre l'issue de prestations qui relèvent d'un régime budgétaire à répartition d'un régime d'assurance ni d'accorder la prééminence aux dispositions du contrat liant la Banque à l'assureur par rapport aux dispositions de son Règlement du personnel.

(b) Deuxième moyen : violation du devoir de sollicitude

40. La partie requérante fait valoir en outre que le fait de confier à l'assureur la compétence exclusive de se prononcer sur l'origine professionnelle d'une maladie alors qu'il poursuit des intérêts divergents de ceux des agents donne lieu à une violation du devoir de sollicitude, au titre duquel l'Organisation est tenue de prendre en considération les intérêts de ses agents lorsqu'elle statue à propos de leur situation.

(c) Troisième moyen : méconnaissance du caractère coordonné du Régime de pensions

41. La partie requérante soumet enfin que l'interprétation défendue par la Banque vide de sa substance le caractère coordonné du Régime de pensions qui, en tant que tel, est partagé entre plusieurs organisations internationales et ne saurait dépendre d'un régime de sécurité sociale qui échappe à la coordination, à savoir le BMSS.

42. La partie requérante ajoute qu'en faisant obstacle à la capacité des agents de connaître sans ambiguïté leurs droits et obligations au titre du Régime de pensions, l'interprétation promue par la Banque viole également le principe de sécurité juridique.

2. Le Gouverneur

43. Le Gouverneur fait valoir qu'il n'était pas lié par les conclusions irrégulières que la Commission d'invalidité a formulées en l'espèce, s'agissant de l'origine professionnelle de

l'invalidité de la partie requérante. Cette irrégularité l'ayant empêché de statuer, c'est à bon droit qu'il a proposé une expertise complémentaire afin de rectifier ce vice, à laquelle, toutefois, la partie requérante a refusé de se soumettre.

44. Estimant que le cadre applicable et les principes susvisés ont été respectés, il considère que la décision contestée est légale. Si par extraordinaire, le Tribunal devait considérer que le recours n'est pas manifestement irrecevable ou irrecevable, il devrait, en tout état de cause, le déclarer non fondé.

45. À titre subsidiaire, le Gouverneur soumet que si, par extraordinaire, le Tribunal ne devait pas considérer sa décision comme légalement justifiée, le principe du contradictoire impliquerait de lui communiquer des documents que la partie requérante a cités à l'appui de son recours mais auxquels il n'a pu avoir accès pour des raisons de confidentialité des données (voir paragraphe 24 *supra*).

46. Le Gouverneur demande également que les demandes indemnitaires de la partie requérante soient rejetées, au motif que le préjudice invoqué serait hypothétique – la Banque n'ayant pas encore pu se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie – et que le préjudice moral allégué ne serait pas dûment circonstancié. Il demande, en outre, au Tribunal de débouter la partie requérante de sa demande de remboursement de frais de procédure dans la mesure où son recours n'est pas fondé.

(a) Sur la prétendue violation des articles 13 et 14 du Régime de pensions

47. Le Gouverneur fait valoir que les régimes d'assurance médicale et sociale et de pensions de la Banque, lesquels prévoient des prestations de nature différente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, relèvent d'un ensemble cohérent de dispositions statutaires et règlementaires et sont interdépendants. De même que les décisions de la Commission d'invalidité en matière d'invalidité s'imposent à l'assureur, tenu de verser le capital invalidité, les décisions de l'assureur concernant l'accident du travail ou la maladie professionnelle s'imposent à la Commission d'invalidité, dont l'avis fixe le taux de pension à la charge de la Banque. De l'avis de la Banque, cette interdépendance confère à chaque décision un caractère obligatoire et incontestable et est inhérente au principe de la sécurité juridique.

48. Le Gouverneur ajoute qu'une telle interprétation non seulement s'impose au regard des termes clairs et sans ambiguïté des dispositions applicables mais est de surcroît conforme à la fonction et aux attributions de la Commission d'invalidité telles qu'elles résultent de ces dispositions. Le Gouverneur argue que la compétence de cette Commission se limite à la détermination de l'état d'invalidité d'un agent et, le cas échéant, à l'établissement du lien entre cet état et un accident du travail ou une maladie professionnelle, à condition que ceux-ci aient été préalablement reconnus par la Banque et qu'ils figurent en tant que tels dans le dossier administratif de l'agent remis à la Commission.

49. Le Gouverneur exclut la compétence de la Commission d'invalidité à statuer sur l'origine professionnelle d'une maladie. Il argue, dans ce sens, qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle peut survenir indépendamment d'une reconnaissance d'invalidité et ouvre des droits spécifiques à l'agent, distincts de ceux liés à l'invalidité. Il ajoute que les prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (frais de santé et rente) sont assumées par l'assureur et continuent à s'appliquer après une reconnaissance

d'invalidité, à l'exception de la majoration de la pension d'invalidité. Le Gouverneur fait observer aussi que la Commission d'invalidité n'a pas fourni les éléments nécessaires pour permettre le versement des prestations applicables, étant donné qu'elle n'a pas indiqué le pourcentage d'incapacité permettant de calculer l'indemnisation sur le fondement du paragraphe 920.5.3 du Règlement du personnel ni la date de reconnaissance de la maladie professionnelle.

50. À titre subsidiaire, le Gouverneur soumet que si le Tribunal venait à considérer que la Commission d'invalidité était fondée à se prononcer sur l'origine professionnelle de la maladie de la partie requérante, la décision de la Commission en la matière devrait être considérée comme étant insuffisamment motivée. En effet, selon le Gouverneur, la Commission d'invalidité ne pouvait s'écarter de l'avis de l'assureur sans exposer les raisons pour lesquelles elle ne pouvait pas suivre cet avis. À cette fin, elle aurait dû avoir accès au dossier sur lequel l'assureur s'était fondé. Au cas où le Tribunal estimerait nécessaire de ressaisir la commission, le Gouverneur se réfère à ses demandes de mesures d'instruction (voir *supra*, paragraphe 24).

(b) Sur la prétendue violation du devoir de sollicitude

51. Le Gouverneur soumet qu'au vu des compétences et ressources dont dispose l'assureur, le fait de lui confier l'évaluation du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie est un mécanisme essentiel pour garantir une analyse impartiale et techniquement fondée. Il précise qu'il s'agit d'un mécanisme courant, y compris au sein du Conseil de l'Europe, entouré de garanties procédurales qui sont de nature à assurer l'impartialité et l'équilibre des décisions relatives à la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie. Le Gouverneur rejette donc l'argument de la partie requérante selon lequel la compétence de l'assureur pour la qualification d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle violerait le devoir de sollicitude.

(c) Sur la prétendue méconnaissance du caractère coordonné du Régime de pensions

52. Le Gouverneur réfute le troisième moyen en faisant observer que le « premier » Régime de pensions auquel la partie requérante est affiliée (Régime de pensions adopté le 29 janvier 1999) ne constitue pas un régime de pensions coordonné, la Banque ne faisant pas partie du système des Organisations coordonnées. Ce régime a été adopté de manière autonome par le Conseil d'administration de la Banque et a été adapté aux spécificités de celle-ci, notamment en ce qui concerne son champ d'application et le financement du régime.

IV. APPRÉCIATION DU TRIBUNAL

53. À titre liminaire, il convient de constater que le présent recours a pour effet de saisir le Tribunal d'une demande d'annulation de la décision du Gouverneur du 15 juillet 2025, en ce qu'elle n'a pas donné effet à la conclusion de la Commission d'invalidité, laquelle avait retenu que l'invalidité permanente de la partie requérante résultait d'un événement reconnu par la Banque comme rentrant dans le champ d'application de l'article 14.2 du Régime de pensions. Cette décision a été complétée par celle du Gouverneur du 12 septembre 2025 rejetant la réclamation administrative de la partie requérante. Il sera fait référence à ces deux décisions sous l'appellation unique « la décision contestée » (voir Tribunal administratif du Conseil de l'Europe (TACE), recours n^{os} 761/2024 et 762/2024, L. D. (I et II) c/ Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, jugement du 25 mars 2025, §§ 86 à 88).

A. Recevabilité

54. En ce qui concerne les exceptions d'irrecevabilité, y compris d'irrecevabilité manifeste, soulevées par le Gouverneur (paragraphes 28 et 29), le Tribunal constate que celles-ci sont étroitement liées au fond du litige. Il convient dès lors de les examiner en même temps que le bien-fondé du recours.

B. Bien-fondé

1. Sur le premier moyen

55. Le Tribunal relève d'emblée que le premier moyen soulève une question d'interprétation des textes réglementaires applicables. Il convient de résoudre cette question à la lumière des principes d'interprétation. Il y a lieu de rappeler à cet égard qu'« une règle fondamentale en matière d'interprétation veut que les termes clairs et dépourvus d'ambiguïté se voient attribuer leur sens ordinaire et naturel et que les textes soient interprétés de manière objective conformément à leur contexte, leur objet et leur but » (TACE, recours n° 766/2024, L. D. (III) c/ Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, jugement du 24 juin 2025, § 60 et jurisprudence citée).

56. En l'espèce, le premier moyen porte essentiellement sur l'interprétation des dispositions réglementaires qui définissent les compétences de la Commission d'invalidité. Tandis que le Gouverneur soutient que la Commission d'invalidité a outrepassé ses attributions en statuant sur l'origine professionnelle de la maladie de la partie requérante, cette dernière affirme au contraire que c'est à bon droit que la Commission d'invalidité s'est prononcée à ce sujet, liant le Gouverneur par ses conclusions sur la nature professionnelle de l'invalidité.

57. En appliquant la règle d'interprétation précitée, le point de départ doit être le texte des normes pertinentes : les articles 13.1 et 14.2 du Régime de pensions et les instructions y relatives (annexe 2 au Statut et Règlement du personnel).

58. L'article 13.1 du Régime de pensions dispose que, sous réserve de dispositions qui ne sont pas pertinentes pour la présente question d'interprétation, « a droit à une pension d'invalidité l'agent […] qui […] est reconnu par la Commission d'invalidité […] comme atteint d'une invalidité permanente […] ». L'article 14.2 du Régime de pensions dispose que, « lorsque l'invalidité résulte d'un accident survenu dans l'exercice des fonctions, d'une maladie professionnelle ou d'un acte de dévouement accompli dans un intérêt public ou du fait d'avoir exposé ses jours pour sauver une vie humaine, le taux de la pension est fixé à 70% du traitement ».

59. Les « attributions » de la Commission sont précisées à l'Instruction 13/2 (i) relative à l'article 13 précité. Cette instruction dispose, d'une part (littera a), qu'il appartient à la Commission « d'examiner si un agent est atteint d'une invalidité au sens de l'article 13, paragraphe 1 [du Régime de pensions] ». D'autre part (littera b), « lorsqu'un événement a été reconnu par la [Banque] comme rentrant dans le cadre d'application de l'article 14, paragraphe 2 (accident du travail, maladie professionnelle ou acte de dévouement) », la Commission doit également « déterminer dans quelle mesure l'invalidité de l'agent en résulte ». L'Instruction 14.2, relative à l'article 14.2 précité se limite à disposer que « [p]our l'application de l'article 14, paragraphe 2 [du Régime de pensions], il est fait référence à la réglementation applicable à la CEB pour la définition des risques accident du travail et maladie professionnelle ».

60. Les parties sont en désaccord quant au sens de la proposition subordonnée « lorsqu'un événement a été reconnu par la CEB comme rentrant dans le cadre de l'application de l'article 14, paragraphe 2 (accident du travail, maladie professionnelle ou acte de dévouement) » à l'Instruction 13/2 (i) (b). De l'avis du Gouverneur, cette reconnaissance relèverait de l'assureur dans le cadre du régime des prestations sociales et médicales de la Banque (« BMSS »), ce que la partie requérante conteste.

61. L'Instruction 13/2 (i) (b), précitée, dispose que la reconnaissance en cause intervient par « la CEB », c'est-à-dire la Banque, et porte sur la question de savoir si « un événement » entre « dans le cadre [de l]'application de l'article 14, paragraphe 2 » relatif au taux majoré de la pension en cas invalidité d'origine professionnelle. On ne retrouve aucune référence explicite dans le texte de cette instruction à une décision préalable de l'assureur.

62. Il ressort à cet égard que, conformément à l'Instruction 13/2 (viii) (a), le Département des ressources humaines de la Banque doit transmettre à la Commission d'invalidité un dossier administratif précisant notamment si « la demande de mise en invalidité est susceptible de rentrer dans le cadre de l'application de l'article 14, paragraphe 2 » du Régime de pensions. Le Tribunal se doit de constater que cette disposition omet également d'évoquer explicitement une intervention en amont de l'assureur. L'instruction 13/2 (viii) (b) vise en outre la communication d'un dossier médical à la Commission : il y est fait mention d'un rapport présenté par le médecin de la partie qui demande la réunion de la Commission (CEB ou agent) et, le cas échéant, d'un rapport présenté par l'autre partie ainsi que des rapports du médecin traitant. Ici non plus, il n'y a aucune mention d'un rapport établi par le médecin de l'assureur.

63. Au vu de ce qui précède, il s'ensuit que le texte des dispositions précitées ne permet pas d'ériger l'intervention de l'assureur comme un préalable à la compétence de la Commission d'invalidité.

64. La lecture combinée des dispositions pertinentes suggère plutôt que la reconnaissance en question revient à la Banque et qu'elle est d'ordre administratif. Selon une telle lecture, la reconnaissance de la Banque n'implique pas une appréciation de nature médicale mais doit renseigner la Commission sur le champ d'application juridique – la Commission d'invalidité gardant seule la compétence pour apprécier les données médicales.

65. Selon une telle interprétation, le renvoi, figurant à l'Instruction 14.2, « à la réglementation applicable à la CEB pour la définition des risques accident du travail et maladie professionnelle » doit alors se comprendre comme un renvoi aux définitions contenues dans la réglementation de la Banque. Or, ces définitions sont données dans la partie du Règlement du personnel relative au régime de sécurité sociale, plus particulièrement au paragraphe 910.7. Cette dernière disposition n'est pas précise, et se prête à son tour à une certaine interprétation. Le Tribunal considère que l'alinéa premier de ce paragraphe contient une définition du terme « accident du travail », et que le quatrième alinéa en contient une du terme « maladie professionnelle ». Ces deux définitions sont par ailleurs données en des termes très larges, qui ne limitent pas ces accidents ou maladies à certains types. Le Tribunal n'est pas au courant d'une autre disposition qui donnerait une définition de ces termes ; il n'en trouve en tout cas pas une dans la partie du Règlement du personnel relative au régime des pensions.

66. Il n'y a, dans les règles relatives au Régime de pensions, aucun autre renvoi, explicite ou implicite, à la réglementation relative au régime de sécurité sociale. En particulier, il n'y a pas de renvoi à la procédure suivant la survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, décrite au paragraphe 920.5 du Règlement du personnel et prévoyant, en particulier, que c'est la compagnie d'assurance qui, dans ce contexte, évalue le caractère professionnel de l'accident (paragraphe 920.5.1). Dès le moment où l'agent est atteint d'une invalidité permanente, le régime de la sécurité sociale (système médical et social) cède la place au régime de pensions.

67. Par ailleurs, il n'y a pas de renvoi non plus au système de règlement de litiges entre un bénéficiaire principal et le gestionnaire portant sur des questions médicales, figurant dans l'Annexe 1 relative au « système médical et social » (point 2.g de l'Annexe 1 au Statut et Règlement du personnel). L'exception d'irrecevabilité tirée du non-épuisement de la procédure d'arbitrage visée par la disposition précitée manque dès lors en droit, et doit être rejetée.

68. Ainsi donc, la Commission d'invalidité doit d'abord déterminer si l'agent est atteint d'une invalidité, et ensuite, en cas de réponse positive, si cette incapacité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, termes à comprendre dans le sens des définitions figurant au paragraphe 910.7 précité, ou encore d'un acte de dévouement ; elle doit également déterminer dans quelle mesure l'incapacité en résulte. La vérification de l'existence d'un tel lien implique une appréciation de nature médicale. Sur la base des conclusions de la Commission, et en conformité avec celles-ci, le Gouverneur soit reconnaît l'agent comme invalide et lui accorde une pension d'invalidité, le cas échéant majorée comme prévu à l'article 14.2 du Régime de pensions, soit ne le reconnaît pas comme invalide (Instruction 13/3, (i)).

69. En d'autres mots, c'est à la Banque que revient le pouvoir de déterminer, par une décision à caractère réglementaire, quels « événements » (accidents et maladies) peuvent être considérés comme constituant des accidents du travail et des maladies professionnelles (ou « comme rentrant dans le cadre d'application de l'article 14, paragraphe 2 », selon la terminologie de l'Instruction 13/2 (i) (b)). Il appartient ensuite à la Commission d'invalidité de décider si l'invalidité en cause résulte effectivement d'un tel accident ou d'une telle maladie. Enfin, il appartient au Gouverneur d'attacher les conséquences administratives aux conclusions médicales de la Commission.

70. Le Tribunal considère que l'interprétation précitée non seulement respecte le texte des dispositions litigieuses mais est conforme également à son objet et but. Quant à l'objet, ces dispositions concernent, en effet, uniquement la procédure applicable à la détermination des droits à pension, à la charge de la Banque, et non à des prestations médicales dont peuvent bénéficier les agents ou pensionnés au titre du BMSS, couvertes par une assurance conclue par la Banque avec un assureur. Quant au but des dispositions en jeu, celles-ci prévoient un cadre, pour les agents en invalidité permanente, réservant à la Banque la compétence de prendre les décisions de nature administrative et à une commission composée de médecins la compétence de prendre les décisions de nature médicale.

71. Cette interprétation est par ailleurs conforme à la jurisprudence du Tribunal, qui a indiqué à cet égard qu'« il appartient à la Commission d'invalidité de se prononcer sur la question du caractère professionnel ou non d'une maladie » (TACE, recours n^{os} 523-524/2012, Lintermans (I) et (II) c/ Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, jugement du 06

décembre 2012, § 42 ; TACE, recours nº 673/2021, C (I) c/ Gouverneur de la Banque de développement du Conseil de l'Europe, jugement du 27 janvier 2022, § 85).

72. En venant à l'examen des faits de l'espèce, le Tribunal observe que la Commission d'invalidité a instruit son avis sur la base d'un dossier auquel chacune des parties a pu apporter les éléments qu'elle estimait pertinents.

73. En exerçant la compétence qui lui est ainsi dévolue, la Commission d'invalidité a pu reconnaître que l'invalidité permanente de la partie requérante résultait d'un évènement entrant dans le champ d'application de l'article 14.2 du Régime de pensions. Elle est parvenue à cette conclusion dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation en matière médicale, sur la base de l'appréciation des définitions existantes et des éléments médicaux et administratifs fournis.

74. Si la Banque estimait que les conclusions de la Commission étaient entachées d'une erreur matérielle manifeste, il lui incombait de ressaisir la Commission, conformément à l'Instruction 13/3 (iii).

75. En l'absence d'une telle démarche, la Banque était tenue d'accorder la pension d'invalidité majorée au titre de l'article 14.2 du Régime de pensions en se conformant aux conclusions de la Commission d'invalidité (Instruction 13/3 (i)).

76. Quant à la motivation des conclusions de la Commission d'invalidité, le Tribunal considère qu'étant donné que ces conclusions reposaient sur des aspects médicaux couverts par le secret médical, elles ne devaient pas exposer les raisons médicales qui ont conduit la Commission à conclure que l'invalidité résultait d'une maladie professionnelle reconnue par la Banque. La Banque est par ailleurs mal venue à se plaindre d'une motivation irrégulière, étant donné que c'est sur un formulaire fourni par la Banque elle-même – formulaire qui ne prévoyait pas de justification concrète – que la Commission a consigné ses conclusions.

77. Au regard de ce qui précède, le Tribunal ne discerne aucune méconnaissance de la procédure applicable ou autre circonstance permettant au Gouverneur de s'écarter des conclusions de la Commission d'invalidité.

78. Le Tribunal constate que la décision contestée a ainsi eu pour effet direct de refuser à la partie requérante la reconnaissance de l'origine professionnelle de son invalidité, et partant, le bénéfice du taux de pension majoré prévu par l'article 14.2 du Régime de pensions. En ce sens, il s'agit d'un acte faisant grief, entraînant des effets juridiques défavorables pour la partie requérante. Il s'ensuit que l'exception tirée de l'absence d'une décision définitive et d'un défaut d'intérêt actuel ne saurait être retenue.

79. Eu égard à l'ensemble des éléments qui précèdent, le Tribunal conclut que le premier moyen est fondé. Ce constat suffit pour l'annulation de la décision contestée du Gouverneur en ce qu'elle n'a pas donné suite à la conclusion de la Commission d'invalidité reconnaissant l'origine professionnelle de l'invalidité de la partie requérante.

2. Sur les autres moyens

80. Étant arrivé à cette conclusion, le Tribunal estime qu'il n'y a pas lieu de statuer sur les autres moyens du recours.

V. SUR LE PRÉJUDICE ET LES FRAIS DE LA PROCÉDURE

81. Quant au préjudice matériel, il appartiendra à la partie défenderesse de tirer les conséquences de l'annulation de la décision contestée en recalculant les droits pécuniaires de la partie requérante conformément aux principes énoncés dans le présent jugement, et de lui verser les sommes dues au titre de la correction du calcul de la pension d'invalidité.

82. Quant au préjudice moral, la partie requérante a, pendant la durée de la procédure de reconnaissance de son invalidité puis du contentieux, vécu dans l'incertitude quant à la qualification de son état de santé et à ses droits afférents, sachant que le taux de sa pension d'invalidité différait substantiellement selon qu'une origine professionnelle était ou non reconnue. Cette situation d'incertitude prolongée, dans un contexte de vulnérabilité inhérent à son état d'invalidité, caractérise un préjudice moral distinct, en lien avec l'absence de reconnaissance, étayé au regard du certificat médical daté du 5 novembre 2025 versé au dossier par la partie requérante, et qui justifie une réparation pécuniaire en sus de l'annulation. Statuant en équité et eu égard à la nature de la décision annulée, à la sensibilité particulière de la matière et à la durée pendant laquelle la partie requérante a été maintenue dans une situation d'incertitude quant à la qualification de son invalidité, le Tribunal condamne la Banque à verser au requérant la somme de 2 000 euros à titre de réparation du préjudice moral.

83. La partie requérante sollicite enfin le remboursement de ses frais et dépens dont elle fournit un justificatif détaillé à hauteur de 2 480,50 euros. Tenant compte de la nature et de l'importance du litige, le Tribunal accorde cette somme.

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF :

Rejette les exceptions d'irrecevabilité soulevées par le Gouverneur, et déclare le recours recevable ;

Déclare le recours fondé et annule la décision du Gouverneur du 15 juillet 2025, dans la mesure où elle n'a pas donné effet à la conclusion de la Commission d'invalidité selon laquelle l'invalidité permanente de la partie requérante résultait d'un évènement reconnu par la Banque comme rentrant dans le champ d'application de l'article 14.2 du Régime de pensions ;

Dit que la partie requérante a droit au paiement de la différence entre la pension d'invalidité qu'elle a perçue depuis le 1er août 2025 et la pension qu'elle aurait perçue si le bénéfice de l'article 14.2 du Régime de pensions lui avait été octroyé, augmentée des intérêts au taux légal applicable à compter de la date à laquelle chaque mensualité était due, et s'en remet à la Banque pour procéder au calcul et au versement des sommes correspondantes ;

Dit que la Banque doit verser à la partie requérante la somme de 2 000 euros pour le préjudice moral subi par elle ;

Décide que la Banque doit verser à la partie requérante un montant de 2 480,50 euros, pour les frais et dépens exposés par elle.

Rendu le 4 juin 2026, le texte français faisant foi.

La Greffière du Tribunal administratif	Le Président du Tribunal administratif
Christina Olsen	Paul Lemmens