



Tribunal administratif

Distr.
LIMITÉE

T/DEC/620

9 novembre 1993

FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

TRIBUNAL ADMINISTRATIF

Jugement No 620

Affaire No 675 : GRIPARI

Contre : Le Secrétaire général
de l'Organisation des
Nations Unies

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF DES NATIONS UNIES,

Composé comme suit : M. Jerome Ackerman, président; M. Samar Sen, vice-président; M. Mikuin Leliel Balanda;

Attendu que, le 16 janvier 1992, Paul Gripari, ancien fonctionnaire du Programme des Nations Unies pour le développement, ci-après dénommé PNUD, a introduit une requête qui ne remplissait pas toutes les conditions de forme fixées par l'article 7 du règlement du Tribunal;

Attendu que, le 21 mai 1992, le requérant, après avoir procédé aux régularisations nécessaires, a introduit une requête en bonne et due forme dans laquelle il priait le Tribunal :

"... de dire et juger :

- a) Que la décision du défendeur de ne pas faire bénéficier le requérant de l'assurance maladie après la cessation de service reposait sur une évaluation erronée de la situation;
- b) Que le défendeur a refusé au requérant les garanties d'une procédure régulière du fait :
 - i) Qu'il n'a pas répondu à la demande du requérant tendant à

l'institution d'une procédure de conciliation, et

- ii) Qu'il a accepté le rapport de la Commission paritaire de recours;
- c) Que le défendeur n'a pas administré convenablement et équitablement son personnel, et plus spécialement le requérant, du fait qu'il a mal renseigné celui-ci sur la possibilité d'obtenir l'assurance maladie après la cessation de service.

... et en conséquence d'ordonner

- a) Au défendeur de faire bénéficier le requérant de l'assurance maladie après la cessation de service,

ou, à défaut, d'ordonner

- b) Le paiement d'une indemnité pour le fait que le requérant n'a pas bénéficié d'une assurance maladie depuis qu'il a pris sa retraite en 1981, et
- c) Pour le préjudice moral subi par le requérant, le paiement d'une indemnité supplémentaire d'un montant équivalent à trois ans de son traitement de base net à la classe qu'il avait lorsqu'il a pris sa retraite."

Attendu que le défendeur a produit sa réplique le 16 octobre 1992;

Attendu que les faits de la cause sont les suivants :

Le requérant est entré au service du PNUD le 29 janvier 1965 comme représentant résident assistant à Mogadishu (Somalie) avec un engagement de durée déterminée de deux ans. Il a reçu une série d'engagements de durée déterminée à divers bureaux extérieurs du PNUD jusqu'au 31 juillet 1981, date où il est parti à la retraite.

Du 1er juin au 31 juillet 1965, le requérant a cotisé au plan d'assurance maladie du Siège de l'Organisation des Nations Unies (Assurance-groupe Blue Cross/Aetna). À compter du 1er août 1965, le requérant a annulé sa participation à ce plan et a été affilié, en application de la disposition 206.4 du Règlement du personnel alors en vigueur, à un plan d'assurance maladie qui n'était pas financé par des cotisations et dont l'Organisation faisait

automatiquement bénéficier tous les fonctionnaires en poste dans des bureaux extérieurs.

Le 27 mars 1967, le Directeur du personnel a informé les fonctionnaires, par l'instruction administrative ST/AI/172, que les systèmes d'assurance maladie institués par l'ONU pour son personnel avaient été modifiés de façon que les intéressés puissent en bénéficier après la cessation de service. Il leur faisait savoir dans quelles conditions ces prestations seraient assurées.

Le 7 juin 1972, le fonctionnaire chargé du Bureau de la gestion administrative et du budget du PNUD a, dans la circulaire UNDP/ADM/FIELD/21, informé tous les fonctionnaires hors siège du PNUD recrutés sur le plan international que la disposition 206.4 du Règlement du personnel de l'ONU n'était plus en vigueur et qu'à compter du 1er juillet 1972, le remboursement des frais médicaux prévu par cette disposition cesserait "pour tous les fonctionnaires hors siège recrutés sur le plan international dans le cadre des séries 100 et 200 du Règlement du personnel". Ces fonctionnaires étaient invités à s'affilier au plan d'assurance maladie Van Breda, financé par des cotisations.

Le 29 juin 1972, le requérant a présenté au Groupe des assurances de l'ONU une demande d'affiliation au plan d'assurance Van Breda, auquel il a participé à compter du 1er juillet 1972.

Les 5 mars et 2 septembre 1980, en prévision de sa retraite et de sa cessation de service qui devaient intervenir en 1981, le requérant a écrit au Directeur du personnel pour obtenir des renseignements sur l'assurance maladie et l'assurance-vie après la cessation de service.

La Division du personnel du PNUD a transmis la demande du requérant au Chef du Groupe des assurances de l'ONU qui, le 13 mai 1981, a informé le requérant de ce qui suit :

"... Nous avons examiné votre dossier d'assurance maladie et tenons à vous faire savoir qu'au 31 juillet 1981 vous n'aurez pas, à huit mois près, été affilié pendant 10 ans à l'un des systèmes d'assurance maladie de l'ONU, condition nécessaire pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service. Nos dossiers indiquent qu'en plus de votre participation actuelle, qui a commencé le 1er juillet 1972, vous avez été couvert par le plan d'assurance maladie du Siège du 1er juin au 31 juillet 1965, soit une période totale d'affiliation (avec versement de cotisations) de

neuf ans et trois mois..."

Le 31 juillet 1981, le requérant a quitté le service de l'Organisation.

Le 6 décembre 1982, le requérant a prié la Division du personnel du PNUD d'examiner son droit à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service et d'envisager la possibilité de valider "la lacune qu'il y a dans la période de 10 ans en payant les cotisations correspondantes".

Le 22 juin 1983, la Division du personnel du PNUD a transmis au requérant une communication du 17 juin 1983 où le Chef du Groupe des assurances de l'ONU faisait savoir ce qui suit :

"... il ne serait pas possible de valider la lacune qu'il y a dans la période d'affiliation de 10 ans requise pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service en payant les primes correspondantes. Les conditions pour pouvoir bénéficier du plan d'assurance maladie après la cessation de service institué par l'ONU ont été fixées conformément à des dispositions approuvées par l'Assemblée générale et une condition indispensable est d'avoir, pendant au moins 10 ans, participé et cotisé, en tant qu'employé, à un plan d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies ou de l'une des institutions appliquant le régime commun. N'ayant pas, au moment où il a quitté le service de l'Organisation, participé et cotisé pendant 10 ans, [le requérant] ne remplit pas les conditions requises pour participer au plan d'assurance maladie après la cessation de service."

Le 9 juillet 1985, l'administrateur du personnel a informé le requérant qu'il ne remplissait pas les conditions requises pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service puisqu'il n'avait pas accumulé les 10 ans d'affiliation constituant le minimum requis.

Le 8 novembre 1985, le requérant a sollicité l'aide du Groupe d'Ombudsman du PNUD. Dans son rapport, daté du 22 mars 1990, le Groupe a demandé au Directeur du personnel de s'efforcer "de trouver une solution (telle que l'octroi d'un congé spécial sans traitement de neuf mois)" et de permettre au requérant d'accumuler les 10 ans de participation requis. Le requérant avait indiqué qu'il était disposé à payer sa part des cotisations, ainsi que

celle de l'Organisation, afin de satisfaire à la condition des 10 ans de participation.

Le 15 octobre 1990, le Chef de la Section des politiques et indemnités de la Division du personnel du PNUD a informé le Groupe d'Ombudsman qu'il n'était pas possible de faire une exception en faveur du requérant et que la décision administrative de lui refuser le bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service serait maintenue.

Le 2 décembre 1990, le requérant a demandé que cette décision fasse l'objet d'un nouvel examen administratif. Dans une réponse du 14 février 1991, un fonctionnaire hors classe chargé des politiques à la Division du personnel du PNUD a informé le requérant que la décision serait maintenue parce qu'il n'avait "pas cotisé à un plan d'assurance maladie des Nations Unies pendant la période de 10 ans requise".

Les 14 mars et 22 avril 1991, le requérant a saisi la Commission paritaire de recours. La Commission a adopté son rapport le 1er octobre 1991. Sa recommandation était ainsi conçue :

"Recommandation

26. ... la Commission estime à l'unanimité que la décision de l'Administrateur du PNUD selon laquelle le requérant ne remplit pas les conditions requises pour participer au plan d'assurance maladie après la cessation de service institué par l'ONU a été prise régulièrement et n'a pas violé les droits du requérant. Cependant, eu égard à la longue durée des services du requérant et au fait qu'il ne lui manque que 8 mois pour avoir accumulé les 10 années requises, la Commission recommande au Secrétaire général d'examiner à nouveau la possibilité de prendre en faveur du fonctionnaire une mesure d'équité à la lumière de la proposition du Groupe d'Ombudsman en date du 22 mars 1990, c'est-à-dire 'de trouver une solution (telle que l'octroi d'un congé spécial sans traitement de 9 mois) qui permettrait

effectivement au fonctionnaire d'avoir les 10 années de participation et résoudrait un problème qui se pose depuis 1981 et a trait à un fonctionnaire dévoué ayant accompli plus de 17 ans de loyaux services'."

Le 29 octobre 1991, le Directeur du Bureau du Secrétaire général adjoint à l'administration et à la gestion a communiqué le rapport de la Commission au requérant en l'informant de ce qui suit :

"Le Secrétaire général a examiné de nouveau votre affaire à la lumière du rapport de la Commission. Il partage entièrement la conclusion de la Commission selon laquelle la décision contestée a été prise régulièrement et n'a pas violé vos droits.

Conformément à la recommandation de la Commission, le Secrétaire général a examiné attentivement 'la possibilité de prendre ... une mesure d'équité à la lumière de la proposition du Groupe d'Ombudsman'. Considérant qu'il n'a pas été fait d'exceptions dans les nombreux autres cas de fonctionnaires qui, comme vous, n'ont pas complètement achevé la période d'affiliation requise, le Secrétaire général a conclu qu'il n'y avait pas lieu de vous accorder, en vous réintégrant fictivement -- 10 ans plus tard -- pendant les mois qui vous manquent pour satisfaire à cette condition, ce qui a été refusé à d'autres personnes se trouvant dans une situation analogue.

Le Secrétaire général a par conséquent décidé de maintenir la décision contestée et de ne donner aucune autre suite à l'affaire."

Le 21 mai 1992, le requérant a introduit devant le Tribunal la requête mentionnée plus haut.

Attendu que les principaux arguments du requérant sont les suivants :

1. Étant en poste hors siège lorsque l'instruction administrative ST/AI/172 a été publiée, le requérant ne connaissait pas les incidences de la circulaire. Autrement, il se serait affilié au plan Van Breda en 1967 ou plus tôt.

2. Le requérant n'a pas été informé que le plan groupe d'assurance maladie du

Siège de l'ONU, auquel il participait, ne prévoyait pas l'assurance après la cessation de service.

Attendu que les principaux arguments du défendeur sont les suivants :

1. Pour pouvoir participer au plan subventionné d'assurance maladie après la cessation de service, il faut avoir au préalable cotisé pendant 10 ans à un plan d'assurance maladie des Nations Unies.

2. Les conditions à remplir pour pouvoir participer au plan d'assurance maladie après la cessation de service ont été énoncées dans une instruction administrative. Le fait de ne pas s'en être informé ne dispense pas d'avoir à les remplir. Le droit du requérant à être pris en considération pour le plan d'assurance maladie après la cessation de service a été pleinement respecté.

Le Tribunal, ayant délibéré du 27 octobre au 9 novembre 1993, rend le jugement suivant :

I. Le requérant conteste la décision du défendeur en date du 29 octobre 1991 adoptant une conclusion de la Commission paritaire de recours selon laquelle le requérant n'était pas fondé en droit à être inclus dans le programme d'assurance maladie après la cessation de service institué par l'Organisation. Le défendeur a aussi examiné, mais rejeté, une recommandation de la Commission paritaire de recours touchant la possibilité de prendre une mesure d'équité en faveur du requérant "en le réintégrant fictivement", 10 ans plus tard, pour qu'il soit réputé avoir accompli les mois d'affiliation au programme d'assurance maladie de l'Organisation qui lui manquaient pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la

cessation de service. Le défendeur a conclu qu'une telle mesure serait inappropriée puisque précédemment elle avait été constamment refusée à d'autres fonctionnaires se trouvant dans une situation analogue.

II. Le Tribunal considère que les renseignements dont il est saisi suffisent pour statuer sur la présente affaire et rejette par conséquent la demande de procédure orale.

III. Le requérant demande au Tribunal de dire et juger que la décision du défendeur reposait sur une évaluation erronée et que le défendeur a refusé au requérant les garanties d'une procédure régulière en ne donnant pas suite à une demande du requérant tendant à l'institution d'une procédure de conciliation et en refusant d'accepter la recommandation de la Commission paritaire de recours en faveur d'une mesure d'équité. De plus, le requérant demande au Tribunal de dire et juger que le défendeur a mal renseigné le requérant sur la possibilité d'obtenir l'assurance maladie après la cessation de service. Sur la base de ces prétentions, le requérant demande au Tribunal d'ordonner au défendeur de le faire bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, ou, subsidiairement, d'ordonner le versement d'une indemnité.

IV. La Commission paritaire de recours a constaté à juste titre qu'au moment où le requérant a pris sa retraite, il fallait, pour pouvoir participer au programme d'assurance maladie après la cessation de service subventionné par l'Organisation, avoir cotisé pendant 10 ans à un plan d'assurance maladie des Nations Unies. Ce programme a été créé par l'instruction administrative ST/AI/172 du 27 mars 1967 après que l'Assemblée générale eut accepté les propositions que le Secrétaire général lui avait présentées à cet effet. Pour pouvoir y participer, le fonctionnaire qui quittait le service de l'Organisation pour prendre sa retraite devait avoir cotisé pendant 10 ans à un plan d'assurance maladie des Nations Unies. Cette

condition est énoncée au paragraphes 3 et 8 de l'instruction administrative ST/AI/172.

L'Assemblée générale a ultérieurement apporté aux conditions de participation, à compter du 1er janvier 1984, des modifications qui auraient été avantageuses pour le requérant s'il avait pris sa retraite à cette date ou plus tard, mais le requérant n'a pu en profiter puisqu'il a quitté l'Organisation en juillet 1981.

V. Le requérant dit qu'il avait eu connaissance de l'instruction administrative ST/AI/172 mais que les incidences de cette circulaire ne lui avaient pas été signalées. Le Tribunal considère que cette explication ne justifie pas la mesure demandée par le requérant. C'est à celui-ci qu'il incombait de comprendre les dispositions et les incidences de l'instruction administrative. La jurisprudence du Tribunal est constante sur ce point. (Voir jugement No 452, Acebes (1989), par. IX; jugement No 419, Greenham (1988), par. IX.) De plus, comme la Commission paritaire de recours l'a noté, le requérant, en tant que représentant résident assistant du PNUD, exerçait des fonctions administratives et "devait normalement mieux connaître les instructions administratives et la politique administrative de l'ONU que le fonctionnaire moyen". Si le requérant se posait des questions au sujet de l'instruction administrative, il aurait dû les soumettre en temps voulu au bureau compétent de l'ONU.

VI. En fait, il apparaît qu'en 1965, le requérant a eu la faculté, dont il s'est prévalu, de participer à un plan d'assurance maladie de l'ONU financé par des cotisations. Mais il a choisi d'annuler sa participation à ce plan pour pouvoir obtenir le remboursement de ses frais médicaux sans avoir à verser de primes, système auquel il s'est tenu même après qu'il aurait pu participer à un plan financé par des cotisations en application de l'instruction administrative ST/AI/172. Il ne s'est affilié à un plan de ce type qu'après avoir été informé que le remboursement des frais médicaux allait prendre fin. En conséquence, lorsqu'il a pris sa retraite en 1981, sa période totale d'affiliation était inférieure à 10 ans.

VII. Ce que le requérant demande en fait au Tribunal, c'est de modifier à son profit les

termes d'une instruction administrative, en dépit d'une résolution de l'Assemblée générale, afin de le faire bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service alors pourtant qu'il ne remplit pas la condition expresse exigeant un minimum de 10 ans d'affiliation. Le Tribunal a dit à maintes reprises qu'il n'était pas habilité à faire de telles exceptions. Les mesures de cette nature sont du domaine législatif de l'Assemblée générale, non de la compétence du Tribunal. Par conséquent, la conclusion du requérant tendant à ordonner au défendeur de le faire bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service doit être rejetée.

VIII. Il résulte de ce qui précède qu'il n'y a aucune raison valable de conclure que l'acceptation du rapport de la Commission paritaire de recours par le défendeur était irrégulière, ni a fortiori de conclure que le défendeur a par là refusé au requérant les garanties d'une procédure régulière. Ces garanties n'ont pas non plus été refusées au requérant pour ce qui est de sa demande tendant à l'institution d'une procédure de conciliation. Il ressort du dossier que le défendeur a examiné, comme d'autres l'avaient fait au sein de l'Administration, la suggestion tendant à faire bénéficier le requérant d'une mesure d'équité. Cette suggestion a aussi été faite par un membre du Groupe d'Ombudsman et a été reprise par la Commission paritaire de recours. Dans sa décision, le défendeur explique, comme on l'a noté plus haut, pourquoi la suggestion dont il s'agit a été rejetée. Cette explication a manifestement été donnée après que la question eut été dûment examinée. Elle était conforme aux normes applicables et n'était ni motivée par des facteurs non pertinents ni entachée d'un autre vice. Il n'y a pas eu refus des garanties d'une procédure régulière. Enfin, il est clair que le requérant n'a pas été mal informé au sujet de la possibilité d'obtenir l'assurance maladie après la cessation de service. En conséquence, la décision du défendeur a été en tous points valide et licite.

IX. Par ces motifs, la requête est rejetée.

(Signatures)

Jerome ACKERMAN
Président

Samar SEN
Vice-Président

Mikuin Leliel BALANDA
Membre

New York, le 9 novembre 1993

R. Maria VICIEN-MILBURN
Secrétaire