

QUATRE-VINGT-SEPTIÈME SESSION

Affaire Ochani (No 3)

Jugement No 1857

Le Tribunal administratif,

Vu la troisième requête dirigée contre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), formée par M. Parmanand Sachanand Ochani le 15 mai 1998, la réponse de l'OMS du 31 juillet, la réplique du requérant du 12 août et la duplique de l'Organisation du 13 novembre 1998;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal;

Après avoir examiné le dossier, la procédure orale n'ayant été ni sollicitée par les parties ni ordonnée par le Tribunal;

Vu les pièces du dossier, d'où ressortent les faits et les allégations suivants :

A. Les faits pertinents à la présente requête sont exposés dans le jugement 1856 sur la deuxième requête de M. Ochani -- jugement rendu lui aussi ce même jour.

Le 29 décembre 1995, le requérant a soumis au régime d'assurance-maladie du personnel une demande de remboursement des frais d'un traitement dentaire dispensé à son fils en septembre 1995. L'Organisation a estimé que les deux montants figurant sur les reçus du dentiste avaient été altérés, et une enquête a alors eu lieu. Le 9 avril 1996, l'administration a demandé au dentiste concerné des précisions et elle les a reçues le 23 mai. L'administrateur régional du personnel a demandé au requérant d'expliquer par écrit les différences entre les montants indiqués. Le requérant a été en congé de maladie entre cette date et le 26 mai et, à son retour au travail, il a sollicité un délai supplémentaire pour justifier de ces différences. Dans une lettre du même jour, un administrateur du personnel lui a fait savoir qu'on lui accordait jusqu'au 17 juin, et ce délai a été prolongé ultérieurement jusqu'au 21 juin à la demande du requérant.

Le 29 mai, le requérant s'est enquis du remboursement de frais médicaux en monnaie locale, pour lequel il avait déposé des demandes en 1996, respectivement les 22 janvier, 11 mars et 10 mai. Le 30 mai 1996, l'administrateur régional du personnel lui a répondu «qu'en attendant le résultat de l'enquête» le règlement de ses demandes de remboursement encore en cours d'examen par l'assurance-maladie avait été suspendu et que ce remboursement ne serait pas «effectué pour l'instant». Le requérant a protesté mais, dans une lettre du 14 juin, le secrétaire du Comité de surveillance régional lui a précisé que son affiliation à l'assurance-maladie n'avait pas été résiliée, que le Comité de surveillance du siège allait examiner son affaire le 25 juin et qu'il lui appartenait donc de présenter ses observations à ce Comité avant le 24 juin.

Par lettre datée du 22 juillet, le requérant a demandé à l'administrateur régional du personnel d'autoriser l'examen de ces demandes de remboursement non contestées et a exigé le paiement d'«intérêts au taux du marché de 24 pour cent l'an, puisque [ses] cotisations mensuelles avaient été utilisées de manière inappropriée, ainsi que le paiement des sommes remboursables encore dues». Le 24 août, il a contesté devant le Comité régional d'appel la suspension du règlement de ses demandes de remboursement encore en cours d'examen.

Entre-temps, le Comité de surveillance régional s'est à nouveau réuni à la lumière de la décision, prise le 31 juillet, de révoquer le requérant avec effet au 5 août 1996. Il a décidé de régler les demandes justifiées, en excluant cependant les factures dentaires contestées, une demande présentée trop tard et d'autres demandes non accompagnées des justificatifs nécessaires.

Saisi à son tour, le Comité d'appel du siège a, dans son rapport du 3 février 1998, recommandé le rejet de son appel. Le Directeur général a fait sienne cette recommandation le 5 mars 1998, et c'est cette décision qui

est attaquée.

B. Le requérant fait valoir qu'«en mettant fin à ses droits aux prestations de l'assurance-maladie tout en maintenant simultanément son affiliation» au régime, l'administration a agi «de façon malhonnête et commis une grave injustice». Elle lui a imposé «deux sanctions pour un seul et même motif», puisqu'elle a à la fois engagé une procédure disciplinaire à son encontre et suspendu sa couverture par l'assurance-maladie.

Le requérant affirme qu'à son retour de congé de maladie, à la fin du mois de mai, il avait demandé une prolongation du délai qui lui avait été accordé pour expliquer les différences constatées dans les reçus, car il n'était pas au courant de la correspondance échangée pendant son absence entre l'administration et le dentiste : il n'avait pris connaissance de l'existence de cette correspondance qu'après sa révocation. Sans attendre son explication, l'administration a pris une sanction contre lui en suspendant le remboursement de ses factures en monnaie locale. Lui refuser ce remboursement tout en continuant à percevoir ses cotisations mensuelles équivaut à une «escroquerie». Il affirme que les mesures adoptées à son encontre sont contraires aux articles 562 et 564 des Statuts de l'assurance-maladie du personnel dans la mesure où seul le Directeur général a le pouvoir de prendre le type de mesure adopté par l'administration. L'Organisation n'a d'ailleurs fourni aucune raison pour la suspension du remboursement de ses frais médicaux non contestés.

Dans cette troisième requête, il demande : 1) l'octroi de dommages-intérêts pour tort moral, d'un montant de 200 000 dollars des Etats-Unis; 2) le versement d'«intérêts au taux du marché de 24 pour cent l'an sur les sommes dont le remboursement [lui] est refusé et sur l'utilisation inappropriée des cotisations mensuelles que l'on a déduites de [son] salaire»; et 3) l'octroi de 10 000 dollars à titre de dépens.

C. Dans sa réponse, l'OMS fait valoir qu'elle était parfaitement en droit de suspendre le remboursement des frais médicaux encore en cours d'examen par l'assurance-maladie, car il s'agissait là d'une «mesure provisoire prise à titre de précaution» afin de protéger l'Organisation. Le requérant avait attendu plus de deux mois avant de fournir son explication écrite.

L'OMS n'avait à aucun moment mis fin à sa couverture par l'assurance-maladie. La lettre du 14 juin, que le secrétaire du Comité de surveillance régional avait écrite au requérant, était très explicite à cet égard. Au bout du compte, l'OMS avait réglé toutes les demandes justifiées, de sorte que la requête est sans objet.

L'OMS n'a pas enfreint les règles applicables. En cas de fraude prouvée, la suspension ou l'exclusion des prestations de l'assurance-maladie s'«appliquent effectivement» à dater du moment où la fraude a été commise. La lecture combinée du paragraphe IV.1.320 du Manuel de l'OMS et de l'article 562 des Statuts de l'assurance-maladie autorisait parfaitement l'Organisation à prendre conjointement deux types de mesures : l'une de nature disciplinaire et l'autre consistant à suspendre la couverture par l'assurance.

Il n'aurait pas été nécessaire de prendre des mesures de précaution si les reçus n'avaient pas été falsifiés. La demande de dommages-intérêts pour tort moral que formule le requérant est donc «frivole» et, de toute façon, il n'apporte pas la preuve qu'il a subi un tort quelconque.

D. Dans sa réplique, le requérant insiste sur le fait que les Statuts de l'assurance-maladie ne prévoient ni mesure provisoire ni mesure conservatoire.

Il exige le remboursement d'une facture de traitement médical datée du 28 octobre 1994, qui s'élève à 110,50 dollars, et que l'Organisation, en application de l'article 350 des Statuts de l'assurance-maladie, considère comme ayant été soumise hors délai, ainsi que le remboursement de 434 dollars et 51,66 dollars dont la demande, selon l'OMS, «ne s'appuie sur aucun justificatif officiel».

Compte tenu de «l'esprit vindicatif» dont a fait preuve l'Organisation et du fait qu'elle a «transgressé la loi» et ses propres règles, il maintient sa demande de dommages-intérêts «plus toute autre réparation que le Tribunal jugera appropriée».

E. Dans sa duplique, l'OMS fait valoir que la demande formulée par le requérant dans sa réplique et portant sur des demandes de remboursement «abusivement soumises» à l'assurance-maladie constitue une nouvelle conclusion. De toute façon, elle a correctement appliqué l'article 350 en rejetant la demande qu'il avait présentée trop tard. Quant à sa demande de remboursement de 434 dollars, elle ne s'appuie sur aucune preuve de paiement, et celle de 51,66 dollars n'a pas été remboursée parce qu'il n'a fourni aucun détail sur

le traitement dispensé.

L'OMS reprend les arguments qu'elle avait déjà avancés dans sa réponse et répète qu'elle était fondée à suspendre tout remboursement à titre de précaution, jusqu'à la fin de l'enquête, et qu'il n'en a découlé aucun préjudice pour le requérant. Elle avait remboursé toutes ses demandes non litigieuses le 26 février 1997.

Le requérant invoque les articles 562 et 564 concernant «la suspension totale ou partielle ou l'exclusion des prestations auxquelles l'affilié concerné a normalement droit». Or aucune décision n'a été prise sur la base de ces articles, qui ne s'appliquent pas à la présente affaire. Le requérant n'invoque pas la violation d'une autre règle; il serait d'ailleurs bien en peine de le faire, puisqu'aucune règle n'empêchait l'OMS d'appliquer la mesure qu'elle avait décidé d'adopter à titre de précaution.

CONSIDÈRE :

1. Le requérant était employé au Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO), à New Delhi, depuis 1988. Le 29 décembre 1995, il a présenté à l'assurance-maladie du personnel une demande de remboursement de frais dentaires pour un montant de 2 662 dollars des Etats-Unis, en produisant, à titre de justificatif, deux reçus altérés. Par lettre du 31 juillet 1996, il a été licencié pour faute grave avec effet au 5 août 1996. Les faits ayant abouti à son licenciement sont exposés dans le jugement 1856 (affaire Ochani No 2) rendu ce même jour.
2. Le 9 avril 1996, le requérant a été invité à fournir par écrit, avant le 19 avril, une explication des altérations et des anomalies relevées dans sa demande. Il a sollicité une prolongation de ce délai jusqu'au 21 juin, qui lui a été accordée.
3. La demande de remboursement soumise par le requérant le 29 décembre 1995 portait sur un total de 4 019,63 dollars. Il a ensuite présenté trois autres demandes, datées des 22 janvier, 11 mars et 10 mai 1996, pour des montants respectifs de 5 800, 3 232,90 et 38 368,07 roupies indiennes.
4. La présente affaire trouve son origine dans la lettre qui a été adressée au requérant par l'administrateur régional du personnel datée du 30 mai 1996, l'informant qu'«en attendant le résultat de l'enquête sur [ses] demandes de remboursement à l'assurance-maladie du personnel, le règlement de toutes [ses] demandes encore en instance a été suspendu».
5. Dans sa réponse datée du 10 juin, le requérant a contesté ce qu'il a qualifié de suspension de sa couverture par l'assurance-maladie du personnel, d'autant plus, a-t-il dit, que l'OMS continuait à recouvrer auprès de lui ses cotisations mensuelles à l'assurance.
6. Aux termes des articles 560, 562 et 564 de l'assurance-maladie (cités dans le jugement 1856, au considérant 15) une décision concernant la suspension ou l'exclusion des prestations auxquelles un affilié a droit ne peut être prise que par le Directeur général, sur recommandation du Comité de surveillance du siège et du Comité de surveillance régional.
7. Le 14 juin, le secrétaire du Comité de surveillance régional a répondu au requérant que son affiliation à l'assurance-maladie n'avait pas été résiliée, que le Comité avait conclu qu'il y avait là un cas manifeste de tentative de fraude et qu'il avait recommandé au Comité de surveillance du siège (par l'intermédiaire du directeur régional) la suspension complète de ses prestations et droits à l'assurance; que le Comité de surveillance du siège allait examiner son affaire le 25 juin, et qu'il avait le droit de faire parvenir ses observations à ce Comité avant le 24 juin. Il a ajouté que l'administration était parfaitement fondée, au titre de l'article 562, à suspendre le paiement de ses autres demandes dans l'attente d'une décision définitive.
8. Le requérant a par la suite été informé que le Comité de surveillance du siège s'était réuni et avait décidé d'ajourner l'examen de l'affaire jusqu'à ce que l'administration ait terminé son enquête, conformément aux paragraphes IV.1.310 à 345 du Manuel. Par lettre datée du 5 juillet, l'administrateur régional du personnel lui a répété que ses demandes encore en instance ne seraient pas réglées tant qu'une décision définitive n'aurait pas été prise.
9. Le 24 août 1996, le requérant a interjeté appel auprès du Comité régional d'appel contre la décision de suspendre le remboursement de ses demandes encore en instance. Le Comité régional a pris un retard

injustifié et, à la demande du requérant, le Comité d'appel du siège a décidé, le 17 juin 1997, de l'autoriser à le saisir directement. Le 3 février 1998, le Comité d'appel du siège a conclu que la décision de l'administration de suspendre temporairement le paiement de ses demandes encore en instance jusqu'à ce que le résultat de l'enquête soit connu était justifiée et a recommandé le rejet de l'appel. Le 5 mars 1998, le Directeur général a accepté cette recommandation. Le requérant attaque à présent cette décision et il demande au Tribunal de lui octroyer 200 000 dollars des États-Unis à titre de dommages-intérêts pour tort matériel et moral, mais aussi à titre de sanction et d'exemple, ainsi que des intérêts à 24 pour cent l'an sur «les sommes dont le remboursement [lui] est refusé et sur l'utilisation inappropriée des cotisations mensuelles que l'on a déduites de [son] salaire», ainsi que ses dépens.

10. Alors que l'appel était encore en cours d'examen, le Comité de surveillance régional s'est réuni le 27 septembre 1996 et a décidé que «toutes les demandes en instance, sauf celles qui étaient contestées, devaient être réexaminées afin de vérifier leur exactitude et leur authenticité, puis réglées le plus tôt possible». S'agissant de sa première demande, l'administration a ensuite refusé le remboursement de la demande contestée de 2 662 dollars et autorisé le remboursement de 615,17 dollars pour le solde. Les trois autres demandes ont été acceptées en totalité, à l'exception d'une somme de 470 roupies indiennes. Il n'est pas contesté que ces sommes aient été payées le 26 février 1997 et que le requérant n'a pas demandé le réexamen, par l'administration, de l'une des demandes rejetées.

11. Le requérant affirme en premier lieu que l'OMS a agi de façon malhonnête et commis une grave injustice en mettant fin à sa couverture par le régime d'assurance-maladie du personnel tout en maintenant simultanément son affiliation à ce régime, puisqu'elle continuait à prélever ses cotisations mensuelles; que l'administration a enfreint de façon grossière les articles 562 et 564 des Statuts de l'assurance-maladie (car seul le Directeur général est habilité à décider de la suspension ou de l'exclusion des prestations auxquelles un affilié a droit), de même que les paragraphes II.9.490 et IV.1.310 à 345 du Manuel (car des mesures disciplinaires ont été prises alors que cela n'est pas prévu par les Statuts de l'assurance-maladie); que l'administration a agi comme une autorité parallèle au Comité de surveillance régional; et que même le Directeur général n'a pas le pouvoir d'imposer une double sanction (à savoir à la fois des mesures disciplinaires et la suspension de la couverture par l'assurance-maladie du personnel).

12. Toute fraude ou tentative de fraude au préjudice de l'assurance-maladie soulève deux questions distinctes : le maintien de l'affiliation au régime et l'imposition de mesures disciplinaires au fonctionnaire coupable. Le Tribunal a considéré, dans son jugement 1856 (au considérant 17), que les articles 560, 562 et 564 des Statuts de l'assurance-maladie et les paragraphes IV.1.310 à 345 du Manuel reconnaissent le droit de l'administration de prendre des mesures disciplinaires en cas d'allégation de fraude ou de tentative de fraude.

13. La couverture du requérant par l'assurance n'a été ni résiliée ni suspendue. Il est évident qu'il convenait de vérifier si sa demande de remboursement de 2 662 dollars était justifiée avant d'y donner suite; l'administration était donc parfaitement fondée à suspendre le règlement pendant que l'enquête était en cours. De plus, s'il s'avérait que la demande était frauduleuse, il aurait fallu se demander si le Directeur général devait ou non ordonner la suspension ou l'exclusion des prestations auxquelles l'intéressé a normalement droit; or il aurait été impossible d'appliquer une telle décision si l'administration avait entre-temps remboursé toutes les demandes suivantes. La suspension du règlement de ces demandes, y compris celles considérées comme légitimes, constituait donc une mesure justifiée et prudente de sauvegarde de *statu quo*; il ne s'agissait pas d'une sanction. Le fait que, par la suite, conformément à la décision du Comité de surveillance régional, toutes les autres demandes dont la légitimité avait été établie -- sauf celle, contestée, de 2 662 dollars --, aient été remboursées, prouve que le requérant continuait à bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie et qu'il était dès lors parfaitement normal de continuer à recouvrer ses cotisations mensuelles. Cela confirme également que l'administration n'a pas usurpé les fonctions du Directeur général en ce qui concerne la suspension ou l'exclusion des prestations.

14. Le Tribunal considère que la première série d'arguments du requérant est dénuée de tout fondement.

15. Le requérant affirme par ailleurs que l'OMS a violé le Règlement du personnel a) en ne lui ayant notifié aucune accusation; b) en n'ayant pas prouvé ce qu'elle avançait; et c) en n'ayant pas précisé quelle était la faute grave qu'il avait commise. Ces questions ne sont à examiner qu'en relation avec son licenciement et elles ont déjà été traitées dans le jugement 1856.

16. Le requérant prétend également que la prise en considération des faits a été incomplète, mais cet argument ne saurait être retenu, car l'intéressé ne donne pas davantage de détails.

17. Enfin, le requérant, dans sa réplique, conteste pour la première fois le refus de rembourser certains de ses frais médicaux. Le Tribunal rejette cette demande comme étant irrecevable, les moyens de recours internes n'ayant pas été épuisés.

Par ces motifs,

DECIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 7 mai 1999, par M^{me} Mella Carroll, Vice-Présidente du Tribunal, M. Mark Fernando, Juge, et M. James K. Hugessen, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 8 juillet 1999.

(Signé)

**Mella Carroll
Mark Fernando
James K. Hugessen**

Catherine Comtet