

Traduction non officielle, le texte en anglais étant seul faisant autorité.



TRIBUNAL DU CONTENTIEUX
DES NATIONS UNIES

Affaire n° UNDT/NY/2017/014

Jugement n° UNDT/2018/105

Date : 19 octobre 2018

Français

Original : anglais

Devant : Alessandra Greceanu

Greffe : New York

Greffier : Nerea Suero Fontecha

KORTES

c.

LE SECRETAIRE GENERAL
DE
L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

JUGEMENT

Conseil des requérantes :

Simon Thomas

Conseil du défendeur :

Alister Cumming, Section du droit administratif du Bureau de la gestion
des ressources humaines, Secrétariat de l'ONU

Introduction

1. Le 13 février 2017, la requérante, ancienne fonctionnaire de l'Organisation des Nations Unies, a déposé une requête par laquelle elle conteste la décision de la déclarer inadmissible au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service. Elle demande à pouvoir bénéficier de cette assurance, sous réserve d'acquitter les primes correspondant aux treize mois nécessaires pour parvenir au seuil minimal de dix ans d'affiliation ou, à titre subsidiaire, à être indemnisée raisonnablement de la différence des frais de santé qu'elle devra supporter pour elle-même et son conjoint, le restant de leur vie, pour avoir un niveau de prise en charge similaire. En outre, la requérante demande des dommages-intérêts pour préjudice moral.

2. Le défendeur soutient que la décision contestée est régulière en ce que, en application de l'alinéa a) du paragraphe 2.1 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 (Assurance maladie après la cessation de service), la requérante ne remplit pas les critères requis pour prétendre au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, et demande au Tribunal de rejeter la requête.

Rappel des faits et de la procédure

3. Le Tribunal prend note des faits ci-après présentés par la requérante et que le défendeur ne conteste pas.

4. La requérante est entrée au service de l'Organisation des Nations Unies le 3 décembre 2007. La sécurité et les prestations offertes comptaient parmi les raisons principales qui l'ont décidée à rejoindre l'Organisation, l'assurance médicale constituant une priorité pour elle et son mari, dans la mesure où, anciens travailleurs indépendants, ils avaient eu pendant longtemps du mal à s'offrir une assurance médicale digne de ce nom.

5. Après son entrée au service de l'Organisation, la requérante a discuté, avec une fonctionnaire des ressources humaines (M^{me} JM, qui a pris sa retraite depuis), des possibilités d'assurance maladie après la cessation de service. M^{me} JM lui a indiqué

qu'elle pourrait y prétendre, mais que si elle avait exercé pendant moins de dix ans au moment de son départ en retraite, elle devrait peut-être racheter des droits supplémentaires.

6. Citoyenne des États-Unis, où il n'existe aucun régime national d'assurance maladie, mariée à un conjoint à charge qui n'était couvert par aucune autre assurance, la requérante souhaitait s'assurer qu'elle serait effectivement couverte au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Par un courriel du 25 janvier 2011, elle a donc adressé au Service des assurances des Nations Unies la demande suivante :

Cher Monsieur [K],

À 62 ans, âge réglementaire du départ à la retraite, j'aurai travaillé pendant neuf ans seulement. Or, d'après ce que j'ai compris, dix ans d'activité sont nécessaires pour pouvoir bénéficier d'une assurance médicale à la cessation de service ou au départ à la retraite. [M^{me} J. M.] (désormais retraitée), du Bureau de la gestion des ressources humaines, m'a indiqué que dans pareille situation, le fonctionnaire peut acquitter des primes pendant une année après son départ en retraite pour bénéficier de la même couverture que tous les autres retraités. Pouvez-vous confirmer cette information ou m'indiquer si cette règle a changé ? Je n'ai trouvé aucun élément à ce propos sur le site.

7. Le même jour, M. K., du Service des assurances, a répondu au courriel de la requérante comme suit :

Chère Mary Lee, cette information est exacte, mais vous devez avoir été couverte pendant les neuf ans au cours desquels vous avez été employée.

8. Le même jour, le 25 janvier 2011, la requérante a écrit à M. K. pour le remercier de sa réponse rapide et lui donner d'autres détails. Elle a souligné qu'il lui manquerait en réalité treize mois sur les dix années nécessaires pour bénéficier, sans avoir à effectuer de « rachat », d'une couverture normale d'assurance maladie après sa cessation de service. Elle voulait simplement s'assurer que le fait qu'il lui manque treize mois et non « une année » comme elle l'avait précédemment indiqué ne changerait rien à sa situation. M. K. a répondu à son courriel quelques heures plus tard, confirmant que cela ne serait pas un problème, et que « oui, [elle serait] autorisée » à racheter les treize mois. Il lui a également indiqué qu'« [elle devait] avoir été couverte pendant au moins cinq ans et [devait] l'être également au moment du départ à la retraite ».

9. Forte des échanges qu'elle avait eus avec M. K en 2011 et des réponses apportées par ce dernier à ses questions, la requérante considérait qu'elle quitterait l'organisation au moment de son départ à la retraite, acquitterait une prime supplémentaire correspondant aux treize mois, puis bénéficierait, avec son mari, d'une couverture conforme aux règles habituelles de l'assurance maladie après la cessation de service, à partir de 62 ans. Elle n'a donc demandé aucune autre information jusqu'en 2016, au moment de préparer son prochain départ à la retraite.

10. En juin 2016, la requérante s'est rendue au Service des assurances pour demander si elle devait accomplir d'autres formalités administratives afin de faciliter son transfert au régime de l'assurance maladie après la cessation de service. Le représentant du bureau des assurances lui a dit qu'elle ne pouvait pas demander à s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service avant le premier mois au cours duquel elle prendrait sa retraite, soit octobre 2016.

11. Le 12 octobre 2016, la requérante a pris connaissance d'un courriel (daté du 11 octobre 2016) que lui adressait M^{me} MH., du bureau de l'assurance médicale, lui indiquant qu'elle avait été déclarée inadmissible au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service.

12. Le 14 octobre 2016, la requérante s'est rendue à nouveau au bureau des assurance et s'est entretenue avec M^{me} MH. On l'a alors informée qu'elle ne pouvait prétendre au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service. Après examen des courriels de janvier 2011, le bureau des assurances a indiqué à la requérante que l'option de rachat avait été modifiée le 1^{er} juillet 2007 et qu'elle ne pouvait pas y prétendre.

13. Le 24 octobre 2016, la requérante a déposé une demande de contrôle hiérarchique de la décision contestée.

14. Le même jour, la requérante a également demandé le sursis à exécution de la décision contestée, requête qui a été rejetée par l'ordonnance n° 253 (NY/2016) du 31 octobre 2016 du Tribunal du contentieux, qui l'a jugée irrégulière de prime abord.

15. Le 13 février 2017, la requérante a introduit la présente requête sur le fond.
16. Le 15 mars 2017, le défendeur a déposé sa réponse.
17. Par l'ordonnance n° 46 (NY/2017) du 17 mars 2017, le Tribunal a convoqué les parties en vue d'une conférence de mise en état fixée au 28 mars 2017 et destinée à régler les étapes ultérieures de la procédure.
18. Lors de la conférence de mise en état du 28 mars 2017, à la demande du Tribunal, les parties ont indiqué qu'elles ne s'opposaient pas à ce que la présente espèce soit tranchée par le juge qui avait également ordonné le sursis à l'exécution de la décision contestée. Elles ont fait part au Tribunal, notamment, de leurs intentions, s'agissant du dépôt d'autres éléments de preuve. Le Tribunal a considéré que le témoignage de la requérante serait utile dans le cadre de la demande de dommage-intérêts soumise pour le préjudice moral qu'elle affirme avoir subi. Il a également demandé aux parties de convenir de la date à laquelle se tiendrait l'audience. Par l'ordonnance n° 65 (NY/2017) du 30 mars 2017, le Tribunal a ordonné ce qui suit :
- ... Le défendeur est tenu de déposer, avant 17 heures, le 18 avril 2017, les pièces suivantes :
- a Une déclaration écrite de M. WS dans laquelle il explique ou précise les dispositions sur lesquelles il s'est fondé pour prodiguer à la requérante, le 25 janvier 2011, des conseils sur sa couverture d'assurance maladie ;
 - b Des informations sur d'autres fonctionnaires qui pourraient se trouver dans une situation analogue à celle de la requérante, c'est-à-dire qui auraient été recrutés après le 1^{er} juillet 2007, auraient été en activité sans interruption pendant moins de dix ans à la date de cessation de service, mais qui bénéficient de l'assurance maladie après la cessation de service ;
- ... La requérante est tenue de déposer, avant 17 heures, le 3 mai 2017, ses observations, si elle en a, sur les pièces et conclusions déposées par le défendeur.
- ... Les parties sont tenues de déposer, avant 17 heures le 10 mai 2017, une déclaration commune signée, dans laquelle elles proposent une date pour la tenue de l'audience, qui ne pourra toutefois pas avoir lieu entre le 15 et le 26 mai 2017.
19. Le 18 avril 2017, le défendeur a déposé son mémoire conformément à l'ordonnance n° 65 (NY/2017).
20. Le 3 mai 2017, la requérante a déposé son mémoire conformément à l'ordonnance n° 65 (NY/2017).

21. Le 10 mai 2017, les parties ont déposé une déclaration commune signée, conformément à l'ordonnance n° 65 (NY/2017).

22. Par l'ordonnance n° 156 (NY/2017) du 4 août 2017, le Tribunal a convoqué les parties à une audience d'une demi-journée le 14 septembre 2017, date qu'elles avaient elles-mêmes convenu.

23. Le 15 août 2017, les parties ont été informées par courriel que, pour des raisons administratives, l'audience était reportée au 22 septembre 2017.

24. Le 22 septembre 2017, le Tribunal a tenu l'audience prévue, à laquelle la requérante a assisté en personne, assistée de son conseil, M. Simon Thomas, qui y a participé à distance par Skype. Le défendeur était représenté par M. Alister Cumming, présent dans la salle d'audience à New York.

25. Avant que la requérante ne commence à déposer, son conseil a informé le Tribunal qu'elle présentait d'autres éléments à l'appui des demandes déjà formulées dans sa requête, à savoir des déclarations sur les postes que lui avaient proposés d'autres employeurs avant 2016 et qu'elle avait déclinés parce qu'elle voulait continuer à travailler pour l'ONU afin de bénéficier de l'assurance maladie après son départ à la retraite. Le conseil du défendeur a déclaré que, si de nouveaux éléments de preuve devaient être versés au dossier, il devait en être prévenu à l'avance et que si de telles offres d'emploi concrètes avaient été faites à la requérante, cela changerait les arguments développés dans sa requête.

26. Après avoir entendu la requérante, pris note de la déclaration de son conseil selon laquelle les pièces supplémentaires ne portaient pas sur des aspects nouveaux de l'affaire mais venaient à l'appui des écritures déjà déposées, et compte tenu de la déposition de la requérante, le Tribunal l'a autorisée à déposer des éléments de preuve écrites supplémentaires avant le 25 septembre 2017, étant entendu que ces éléments se rapportaient à certaines des déclarations qu'elle avait faites lors de son témoignage.

27. À la demande du Tribunal, la requérante a remis au conseil du défendeur, pour information, le texte des déclarations supplémentaires à verser au dossier. Après en

avoir pris connaissance, ce dernier a indiqué qu'il n'aurait aucun autre élément à produire concernant ces pièces.

28. Après que les parties ont présenté leurs conclusions finales, le Tribunal a conclu qu'il serait utile, pour éclairer les débats, qu'un document comparatif détaillant la perte financière que la requérante affirme avoir subie du fait de la décision contestée soit mis à disposition. Il a donc enjoint à la requérante de déposer ledit document avant le 6 octobre 2017.

29. Le Tribunal a informé les parties qu'un compte rendu de l'audience serait mis à la disposition des parties, en principe avant le 13 octobre 2017. Par ailleurs, il a enjoint aux parties de déposer leurs conclusions finales au plus tard le 3 novembre 2017, en prenant fond uniquement sur les éléments figurant au dossier, y compris les pièces écrites supplémentaires énoncées dans l'ordonnance n° 221 (NY/2017), et conformément aux déclarations orales finales faites devant le Tribunal.

30. Le Tribunal a encouragé les parties à continuer, pendant qu'elles examineraient l'ensemble des éléments de preuve afin de rédiger leurs conclusions finales, à envisager un règlement amiable de l'affaire, par l'intermédiaire du Bureau de l'Ombudsman ou à la faveur de discussions *inter partes*.

31. Le 25 septembre 2017, la requérante a déposé les pièces supplémentaires à l'appui de ses observations et, le 6 octobre 2017, la déclaration détaillant la perte financière qu'elle affirme avoir subie du fait de la décision contestée.

32. Le 16 octobre 2017, le compte rendu de l'audience du 22 septembre 2017 a été mis à la disposition des parties. Le même jour, le Greffe a envoyé un courriel aux parties les informant qu'en raison d'un problème technique survenu lors de l'audience, une partie des débats n'avait pu être enregistrée et ne figurait donc pas dans le compte rendu. Le Greffe a noté qu'en raison de ce problème, les conclusions finales faites via Skype par le conseil du requérant n'avaient pas été reprises dans le compte rendu. D'ordre de la juge saisie de l'affaire, les parties ont pris connaissance du compte rendu et ont indiqué, le 19 octobre 2017, par une déclaration commune, si les conclusions finales du conseil de la requérante devaient être versées au dossier de l'affaire dans le

cadre d'une brève audience au Greffe de New York ou par l'intermédiaire de notes écrites établies avant l'audience, sous réserve que ces dernières aient été communiquées au conseil de la requérante. Les parties ont confirmé qu'une nouvelle audience n'était pas nécessaire. Le conseil de la requérante a en outre confirmé que les observations faites au nom de celle-ci à l'audience pourraient être reprises dans ses conclusions finales.

33. Les parties ont déposé leurs conclusions finales dans les formes et les délais prescrits avant le 3 novembre 2017.

Moyens des parties

34. Les principaux moyens de la requérante peuvent se résumer comme suit :

La requérante s'est raisonnablement fiée, à son détriment, aux indications de l'Administration

a) La requérante s'est raisonnablement fiée aux indications de l'Administration selon lesquelles elle serait, pendant sa retraite, couverte au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. En 2011, elle s'est mise en rapport avec le bureau des assurances pour vérifier qu'elle pourrait être couverte par cette assurance maladie après paiement d'une prime supplémentaire pour la période initiale. On lui alors fait une réponse certaine, sans la moindre ambiguïté : elle serait couverte au moment de son départ à la retraite à condition qu'elle ait été couverte pendant cinq années. La requérante remplissait ces deux critères et aurait dû pouvoir se fier aux indications de l'Administration selon lesquelles elle était admissible au bénéfice de cette assurance. L'Organisation a manqué à l'obligation de bonne foi mise à sa charge à l'égard de la requérante.

b) En se fiant aux indications de l'Administration, la requérante a subi un dommage matériel. L'assurance maladie revêt pour la requérante et son époux une importance capitale, et elle n'a désormais plus les moyens d'avoir un niveau de couverture satisfaisant. Elle ne saurait trop insister sur l'importance qu'elle accorde au maintien de cette couverture, en particulier à l'heure où il est de plus en plus difficile de trouver aux États-Unis une assurance médicale abordable.

c) La requérante est restée, à son détriment, au service de l'Organisation. Si elle avait su en 2011 qu'elle n'aurait pas droit à l'assurance maladie après la cessation de service, elle aurait trouvé un emploi en dehors de l'ONU qui lui aurait permis de bénéficier d'une telle couverture. Diplômée d'une maîtrise en travail social, la requérante est parfaitement qualifiée (elle aurait même pu, à l'époque, postuler plusieurs postes d'administrateur), mais est restée dans la catégorie des services généraux tout au long de sa carrière à l'ONU, évoluant à un niveau inférieur à celui auquel la destinait ses qualifications afin de pouvoir s'offrir, pour elle et son mari, un certain niveau de prise en charge après son départ à la retraite, notamment en ce qui concerne les soins de santé. À l'époque des faits, les probabilités qu'elle trouve un autre emploi auraient été très élevées. Elles sont désormais bien moindres, compte tenu de son âge.

L'Administration est dans l'impossibilité de corriger la décision erronée

d) Le défendeur ne peut pas changer une décision qui a conduit un fonctionnaire, à son détriment, à se fier raisonnablement à ses indications. Le défendeur soutient à tort que la décision du Tribunal d'appel dans Cranfield 2013-UNAT-367 l'autorise à rectifier une décision incorrecte qu'il a prise. En réalité, dans Cranfield, le Tribunal d'appel a estimé que l'Administration n'avait pas toute latitude pour rectifier une décision incorrecte après l'avoir notifiée. Il a conclu que la façon dont le Secrétaire général exerce son pouvoir discrétionnaire dépend évidemment des particularités d'une affaire donnée, et a examiné la question de savoir si, dans les circonstances particulières de l'espèce, l'Administration n'était plus fondée à révoquer la décision. En outre, l'affaire Cranfield n'est pas, dans les faits, directement analogue à la présente espèce. Dans cette affaire, le fait que la requérante se soit fiée aux indications de l'Organisation ne lui a causé aucun détriment ; elle était simplement convaincue qu'elle pouvait obtenir que son contrat soit converti en engagement permanent, mais cela n'a pas modifié les mesures ou décisions qu'elle a prises. Dans le cas de la requérante, c'est tout l'inverse puisqu'il ressort du dossier qu'elle s'est fiée aux informations qu'on lui a données.

e) Cette situation, soudaine et inattendue, modifiant à la dernière minute les informations qui lui avaient été communiquées en 2011, a causé beaucoup de stress et d'anxiété à la requérante, qui souffre d'insomnies et est prise de panique à l'idée de ce qu'il pourrait advenir de sa famille, dont elle assume seule la charge.

Réparation

f) La requérante demande à être admissible au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service pourvu qu'elle acquitte les primes correspondant aux treize mois manquants pour atteindre le seuil des dix ans. Le défendeur ne nie pas que l'Organisation a la capacité et a autorisé des fonctionnaires à bénéficier, par un rachat de droits à prestations, de l'assurance maladie après la cessation de service (ou de régimes similaires), en acquittant les primes correspondant aux périodes qui leur faisaient défaut.

g) Si le Tribunal devait estimer que la requérante ne saurait, à titre de réparation, être autorisée à racheter les droits correspondant à ses périodes manquantes pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, la requérante demande à être indemnisée raisonnablement de la différence des frais de santé qu'elle et son conjoint devront supporter le restant de leur vie pour avoir un niveau de prise en charge similaire.

h) En outre, la requérante demande des dommages-intérêts pour préjudice moral.

35. Les principaux moyens du défendeur peuvent se résumer comme suit :

La décision contestée est régulière

a) La requête est dénuée de fondement. La décision est régulière. Elle a été prise conformément à l'instruction administrative ST/AI/2007/3 (Assurance maladie après la cessation de service). La requérante est entrée au service de l'Organisation des Nations Unies le 3 décembre 2007 et a cessé ses fonctions le 1^{er} novembre 2016. Conformément à l'alinéa a) du paragraphe 2.1 de l'instruction ST/AI/2007/3, pour pouvoir prétendre à l'assurance maladie après la cessation de service, les fonctionnaires recrutés après le 1^{er} juillet 2007 doivent avoir cotisé à l'un des régimes d'assurance maladie de l'ONU pendant au moins dix ans. La requérante n'a pas cotisé à un tel régime pendant dix ans.

b) La requérante ne remplit pas les conditions pour s'affilier au programme d'assurance maladie après la cessation de service. L'alinéa a) du paragraphe 2.1 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 dispose que les fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou à

une date ultérieure peuvent s'affilier au programme d'assurance maladie après la cessation de service s'ils ont cotisé à un plan d'assurance maladie de l'ONU pendant une période de dix ans minimum. La requérante a cotisé pendant environ huit ans et onze mois.

La requérante ne saurait se prévaloir de l'erreur de l'Organisation

c) Il appartient aux fonctionnaires de connaître les règles internes applicables de l'Organisation (*Dzuverovic* 2013-UNAT-338, citant *El-Khatib* 2010-UNAT-029). En outre, l'Organisation a le devoir de corriger ses erreurs (*Cranfield* 2013-UNAT-367). Pour qu'il y ait une expectative légitime, l'Administration doit avoir fait une promesse formelle à l'intéressé (*Ahmed* 2011-UNAT-153).

d) La requérante fait référence au courriel du 25 janvier 2011 que lui a adressé un assistant (prestations). Ce courriel ne donne pas droit au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, ni ne contient de décision informant la requérante qu'elle pouvait y prétendre. Une telle décision aurait pu être prise uniquement après que la requérante a présenté une demande d'affiliation conforme à la section 7 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3. Au lieu de cela, le courriel ne fait que fournir des informations fondées sur celles déjà transmises par la requérante.

e) Dans cette affaire, des informations inexactes ont été données en raison d'une interprétation erronée de la situation de la requérante. Dans le courriel du 25 janvier 2011, la requérante indiquait qu'elle avait été recrutée le « 12/3/07 ». À l'ONU, cette date correspond au 12 mars 2007. Un fonctionnaire recruté en mars 2007, partant en retraite après neuf ans de cotisation, serait admissible au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service. En raison d'une erreur de transposition et d'une mauvaise interprétation de sa situation, la requérante a été informée à tort qu'elle pourrait prétendre au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service. Une expectative légitime ne peut découler d'informations nées d'un malentendu.

f) En outre, le paragraphe 7.4 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 dispose que les fonctionnaires qui approchent l'âge de la retraite ou qui veulent prendre une retraite anticipée doivent obtenir du bureau qui administre leur plan d'assurance maladie toute l'information nécessaire concernant l'assurance maladie après la cessation de service. En janvier 2011, soit près de cinq ans avant son départ à la retraite, la requérante a correspondu avec la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie du Bureau de la planification des programmes, du budget et de la comptabilité. À l'époque, elle « n'approch[ait donc pas] l'âge de la retraite ». Elle aurait dû demander d'autres informations sur son admissibilité au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service à une date plus proche de son départ en retraite [ordonnance n° 253 (NY/2016)]. Si elle l'avait fait, on l'aurait informé qu'elle ne pouvait prétendre à cette assurance.

Réparation

g) La requérante ne remplissant pas les conditions requises pour s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service, le Tribunal devrait déclarer sa requête irrecevable.

h) Il n'y a pas lieu pour le Tribunal d'ordonner le versement d'une indemnité financière pour permettre à la requérante d'acquérir, sur le marché, une affiliation à un régime d'assurance comparable. À supposer que le Tribunal conclue à l'admissibilité de la requérante au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, il ne peut qu'ordonner l'annulation de la décision contestée. Une indemnité peut être versée uniquement en lieu et place de l'annulation d'une décision contestée portant nomination, promotion ou licenciement.

i) En outre, la requérante est tenue d'atténuer la perte subie (Dube 2016-UNAT-674, Appleton 2013-UNAT-347). Elle n'a pas démontré qu'elle avait entrepris, que ce soit par l'intermédiaire d'un employeur ou par une recherche sur le marché, des efforts raisonnables pour s'affilier à un autre plan d'assurance maladie qui lui aurait permis de bénéficier d'une couverture médicale après sa cessation de service.

Examen

Recevabilité

Recevabilité ratione personae

36. La requête est introduite par une ancienne fonctionnaire de l'Organisation des Nations Unies. Elle est donc recevable *ratione personae*.

Recevabilité ratione materiae

37. Il n'est pas contesté que la décision constitue une décision administrative susceptible de recours au sens de l'alinéa a) du paragraphe 1 de l'article 2 du Statut du Tribunal. La requête est donc recevable.

38. Le Tribunal note en outre que le 24 octobre 2016, la requérante a déposé une demande de contrôle hiérarchique dans les délais prescrits, à savoir dans les 60 jours à compter de la date à laquelle la décision contestée lui a été notifiée, le 12 octobre 2016.

Recevabilité ratione temporis

39. Le Tribunal constate que la requérante a introduit la présente requête le 13 février 2017, dans les 90 jours à compter de la date à laquelle elle a reçu la décision relative à sa demande de contrôle hiérarchique, à savoir le 21 novembre 2016. Le Tribunal en conclut que la requête est recevable *ratione temporis*.

Droit applicable

40. La Charte des Nations Unies, signée le 26 juin 1945 et entrée en vigueur le 24 octobre 1945, dispose notamment ce qui suit (soulignement omis) :

Article 55

En vue de créer les conditions de stabilité et de bien-être nécessaires pour assurer entre les nations des relations pacifiques et amicales fondées sur le respect du principe de l'égalité des droits des peuples et de leur droit à disposer d'eux-mêmes, les Nations Unies favoriseront :

- a) Le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social ;
- b) La solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes, et la coopération internationale dans les domaines de la culture intellectuelle et de l'éducation ;
- c) Le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion.

41. La Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 décembre 1948 par la résolution 217 (III) (Charte internationale des droits de l'homme) de l'Assemblée générale, dispose ce qui suit (soulignement omis) :

Préambule

Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

[...]

Considérant que dans la Charte les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité des droits des hommes et des femmes, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Considérant que les États Membres se sont engagés à assurer, en coopération avec l'Organisation des Nations Unies, le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales,

Considérant qu'une conception commune de ces droits et libertés est de la plus haute importance pour remplir pleinement cet engagement,

[...]

Proclame la présente Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations afin que tous les individus et tous les organes de la société, ayant cette Déclaration constamment à l'esprit, s'efforcent, par l'enseignement et l'éducation, de développer le respect de ces droits et libertés et d'en assurer, par des mesures progressives d'ordre national et international, la reconnaissance et l'application universelles et effectives, tant parmi les populations des États Membres eux-mêmes que parmi celles des territoires placés sous leur juridiction.

Article premier

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

Article 2

Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation.

De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté.

[...]

Article 7

Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination.

[...]

Article 25

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

42. La résolution 2200A (XXI) (Pacte International relatif aux droits civils et politiques), adoptée le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale et entrée en vigueur le 23 mars 1976, dispose ce qui suit :

Article 26

Toutes les personnes sont égales devant la loi et ont droit sans discrimination à une égale protection de la loi. À cet égard, la loi doit interdire toute discrimination et garantir à toutes les personnes une protection égale et efficace contre toute discrimination, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique et de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation.

43. La Convention concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non-nationaux en matière de sécurité sociale dispose ce qui suit :

Article 2

1. Tout Membre peut accepter les obligations de la présente convention en ce qui concerne l'une ou plusieurs des branches de sécurité sociale suivantes, pour lesquelles il possède une législation effectivement appliquée sur son territoire à ses propres ressortissants :

- a) les soins médicaux ;
- b) les indemnités de maladie ;
- c) les prestations de maternité ;
- d) les prestations d'invalidité ;
- e) les prestations de vieillesse ;
- f) les prestations de survivants ;
- g) les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
- h) les prestations de chômage ;
- i) les prestations aux familles.

[...]

Article 7

1. Les Membres pour lesquels la présente convention est en vigueur devront, sous réserve de conditions à arrêter d'un commun accord entre les Membres intéressés conformément aux dispositions de l'article 8, s'efforcer de participer à un système de conservation des droits acquis et des droits en cours d'acquisition, reconnus en application de leur législation aux ressortissants des Membres pour lesquels ladite convention est en vigueur, au regard de toutes les branches de sécurité sociale pour lesquelles les Membres considérés auront accepté les obligations de la convention.

2. Ce système devra prévoir notamment la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence et des périodes assimilées pour l'ouverture, le maintien ou le recouvrement des droits, ainsi que pour le calcul des prestations.

44. La Convention de 1982 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale dispose ce qui suit :

Préambule

[...] Rappelant les principes consacrés par la convention sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, qui visent, outre l'égalité de traitement elle-même, la conservation des droits en cours d'acquisition et des droits acquis [...]

Article 2

[...] la présente convention s'applique à toute branche de sécurité sociale pour laquelle un Membre possède une législation en vigueur, en ce qui concerne: (a) les soins médicaux [...]

Article 6

Sous réserve des dispositions du paragraphe 3, alinéa a), de l'article 4 de la présente convention, tout Membre doit s'efforcer de participer à un système de conservation des droits en cours d'acquisition avec tout autre Membre intéressé dans toute branche de sécurité sociale visée au paragraphe 1 de l'article 2 de la présente convention et pour laquelle chacun de ces Membres possède une législation en vigueur, en faveur des personnes soumises successivement ou alternativement aux législations desdits Membres.

Article 7

1. Le système de conservation des droits en cours d'acquisition visé à l'article 6 de la présente convention doit prévoir, dans la mesure nécessaire, la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi, d'activité professionnelle ou de résidence, selon le cas, accomplies sous les législations des Membres en cause, en vue :

- a) de l'admission à l'assurance volontaire ou facultative continuée, dans les cas appropriés ;
- b) de l'acquisition, du maintien ou du recouvrement des droits et, le cas échéant, du calcul des prestations.

2. Les périodes accomplies simultanément sous les législations de deux ou plusieurs Membres ne doivent être prises en compte qu'une fois.

3. Les Membres intéressés détermineront d'un commun accord, en tant que de besoin, les modalités particulières de totalisation des périodes de nature différente et des périodes permettant d'ouvrir droit aux prestations des régimes spéciaux.

4. Si une personne a accompli des périodes sous les législations de trois ou plusieurs Membres qui sont liés par différents instruments bilatéraux ou multilatéraux, ces périodes doivent être totalisées, dans la mesure nécessaire, conformément aux dispositions de ces instruments, par tout Membre simultanément lié par deux ou plusieurs des instruments en cause, en vue de l'acquisition, du maintien ou du recouvrement des droits aux prestations.

45. L'instruction administrative ST/AI/394 (Assurance maladie après la cessation de service), adoptée le 19 mai 1994, dispose notamment ce qui suit :

Personnes admises au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service

2. Le bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service n'est pas automatique. Il n'est acquis qu'à titre de prolongation d'une affiliation antérieure sans interruption à un plan d'assurance maladie financé par cotisation de l'Organisation des Nations Unies. Un tel plan s'entend également des systèmes similaires d'autres organisations appliquant le régime commun au titre desquels des fonctionnaires peuvent être couverts dans le cadre d'arrangements spéciaux entre l'ONU et les organisations concernées. Pour être admis à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, l'ancien fonctionnaire, son conjoint et ses enfants à charge remplissant les conditions requises ou, dans le cas d'un fonctionnaire décédé, les conjoint et enfants à charge survivants qui remplissent ces conditions, doivent tous avoir été affiliés à un tel plan d'assurance à la date de la cessation de service ou du décès du fonctionnaire. Peut bénéficier de l'assurance un enfant né dans les 300 jours suivant cette date, pour autant que les autres conditions ouvrant droit à la participation soient remplies.

3. Pourront bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service les personnes appartenant à l'une des catégories ci-après :

a) Le fonctionnaire qui, alors qu'il cotisait à un plan d'assurance maladie de l'ONU, (...) a cessé son service, sauf en cas de renvoi sans préavis :

...

ii) À l'âge de 55 ans ou au-delà, à condition qu'il ait cotisé à un plan d'assurance maladie de l'ONU, (...) pendant une période de cinq ans au minimum et puisse prétendre

à une prestation périodique de retraite, de retraite anticipée ou de retraite différé en vertu des statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

...

Cotisations

5. La prise en charge du coût de la participation à un plan d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies sera régie par les dispositions suivantes :

- a) Le coût de la participation en vertu des alinéas a) i) et c) i) du paragraphe 3 sera supporté conjointement par l'ONU et par les participants ;
- b) Le coût de la participation en vertu de l'alinéa a) ii) du paragraphe 3 sera supporté conjointement par l'ONU et par les participants, à condition que l'ancien fonctionnaire ait cotisé à un plan d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies, d'une institution spécialisée ou de l'AIEA pendant une période totale d'au moins 10 ans ;
- c) Le coût de la participation en vertu de l'alinéa a) ii) du paragraphe 3 pour tous ceux qui ne répondent pas aux conditions énoncées à l'alinéa b) du paragraphe 5 sera supporté dans sa totalité par les participants concernés. Après que la durée totale de la période d'affiliation de l'ancien fonctionnaire, tant comme fonctionnaire en activité que comme participant à un plan d'assurance maladie après la cessation de service, aura atteint 10 ans, le coût de la participation sera supporté conjointement par l'ONU et l'intéressé ;
- d) Le montant des cotisations à la charge de l'ONU et des participants à un plan d'assurance maladie après la cessation de service en vertu des alinéas a), b) et c) du paragraphe 5 sera calculé conformément aux barèmes des cotisations et des subventions versées par l'Organisation pour le plan d'assurance maladie considéré. Le montant de la cotisation à la charge des participants sera calculé sur la base du plus élevé des deux montants ci-après :
 - i) Un tiers de la rémunération en fonction de laquelle est calculée la subvention à l'assurance maladie versée pour le compte du fonctionnaire intéressé à la date de la cessation de service ;
 - ii) Le total des prestations périodiques payables pour le compte du fonctionnaire en vertu des statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou de l'appendice D du Règlement du personnel, ou de ces deux textes à la fois, même si une partie de ces prestations a été convertie en somme en capital ou si le montant desdites prestations a été réduit du fait de l'exercice d'une autre option prévue, y compris la retraite anticipée ;
- e) Le coût de la participation à un plan d'assurance maladie après la cessation de service à la charge des personnes admises à y participer en vertu des alinéas b) et c) ii) du paragraphe 3 sera déterminé sur une base identique à celle qui aurait été utilisée pour déterminer le coût de la participation à la charge de l'ancien fonctionnaire concerné en tenant compte de la durée pendant laquelle l'intéressé a été affilié à un plan d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies tant comme fonctionnaire que comme participant à un plan d'assurance maladie après la cessation de service.

46. Par sa résolution 61/264 (Charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et mode de financement proposé) adoptée le 4 mai 2007, l'Assemblée générale a approuvé les modifications apportées aux dispositions relatives

à l'assurance maladie après la cessation de service des fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou à une date ultérieure, comme suit (non souligné dans l'original) :

12. Approuve les modifications qu'il est proposé d'apporter aux dispositions régissant l'assurance maladie après la cessation de service dans le cas des fonctionnaires engagés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, lesquelles consistent à :

a) Porter à dix dans tous les cas le nombre minimum d'années d'affiliation à un régime d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies requis pour pouvoir bénéficier d'une assurance maladie subventionnée par l'Organisation après le départ à la retraite, et supprimer la possibilité de racheter des droits au bout de cinq années d'affiliation ;

b) Utiliser, au lieu de la pension effective, une pension théorique correspondant à vingt-cinq ans de service pour calculer la cotisation des retraités comptant un nombre d'années de service moindre ;

c) Exiger, pour que les ayants droit soient couverts, une durée d'affiliation minimale de cinq ans au moment du départ à la retraite, ou de deux ans si le conjoint est couvert par un employeur autre que l'Organisation des Nations Unies ou un régime national d'assurance, sauf lorsque l'ayant droit acquiert cette qualité au cours de la période visée et adhère au régime dans les trente jours suivant la date effective de la création de la relation qui fait de lui un ayant droit.

47. La disposition 6.6 du Règlement du personnel concernant l'assurance médicale énonce ce qui suit :

Tout fonctionnaire peut être tenu de participer à l'un des régimes d'assurance maladie de l'Organisation, suivant les modalités fixées par le Secrétaire général.

48. La disposition 6.2 du Règlement du personnel sur la sécurité sociale dispose ce qui suit :

Le Secrétaire général établit pour les fonctionnaires un système de sécurité sociale prévoyant notamment la protection de la santé des intéressés et des congés de maladie, de maternité et de paternité, ainsi que de justes indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies.

49. Entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2007 en remplacement de l'instruction ST/AI/394 (Assurance maladie après la cessation de service), l'instruction administrative ST/AI/2007/3 met en œuvre la résolution 61/264 de l'Assemblée générale. S'agissant du bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, elle dispose, en son alinéa a) du paragraphe 2.1, ce qui suit (non souligné dans l'original) :

Section 1

Bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service

1.1 La présente instruction administrative énonce les dispositions qui régiront le programme d'assurance maladie après la cessation de service à compter du 1^{er} juillet 2007.

1.2 Les anciens fonctionnaires et les personnes à leur charge remplissant les conditions requises ne bénéficient pas automatiquement de l'assurance maladie après la cessation de service. Ce bénéfice n'est acquis qu'à titre de prolongation, sans interruption entre la période d'activité et la retraite, de l'affiliation d'un fonctionnaire en activité à un plan d'assurance maladie financé par cotisations de l'Organisation des Nations Unies. Sont assimilés aux plans de ce type les plans de même nature au titre desquels les fonctionnaires d'autres organisations appliquant le régime commun sont couverts dans le cadre d'arrangements spéciaux entre l'ONU et les organisations concernées.

Section 2

Personnes admises au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service

2.1 Les personnes suivantes peuvent s'affilier au programme d'assurance maladie après la cessation de service :

a) Les fonctionnaires (...) **recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou à une date ultérieure**, qui, alors qu'ils cotisaient à un plan d'assurance maladie de l'ONU (...) :

...

ii) Ont cessé leurs fonctions pour des raisons autres qu'un renvoi sans préavis à l'âge de 55 ans ou après, ont cotisé à un plan d'assurance maladie de l'ONU pendant une **période de 10 ans minimum**, peuvent prétendre à une pension de retraite, de retraite anticipée ou de retraite différée au titre des Statuts de la Caisse et ont décidé de la percevoir ;

b) Les fonctionnaires (...) recrutés **avant le 1^{er} juillet 2007** qui, alors qu'ils cotisaient à un plan d'assurance maladie de l'ONU tel que défini au paragraphe 1.2 ci-dessus :

...

ii) Ont cessé leurs fonctions pour des raisons autres qu'un renvoi sans préavis à l'âge de 55 ans ou après, ont cotisé à un plan d'assurance maladie de l'ONU pendant une **période de cinq ans minimum**, peuvent prétendre à une pension de retraite, de retraite anticipée ou de retraite différée au titre des Statuts de la Caisse et ont décidé de la percevoir ;

2.2 Aux fins de la détermination de l'admissibilité selon le paragraphe 2.1 ci-dessus et de la répartition des coûts selon l'alinéa b) du paragraphe 3.2 ci-après, l'affiliation à un plan d'assurance maladie financé par cotisations de l'Organisation des Nations Unies s'entend comme comprenant : a) L'affiliation aux plans d'assurance maladie financés par cotisations au titre desquels les fonctionnaires d'autres organisations appliquant le régime commun sont couverts dans le cadre d'arrangements spéciaux entre l'ONU et les organisations concernées ; b) Le cumul de toutes les périodes d'affiliation correspondant à des contrats relevant de la série 100 ou 200, qu'elles soient continues ou discontinues. Sauf dans les cas où un engagement est prolongé au-delà de l'âge normal de départ à la retraite, seule la période d'affiliation à un plan d'assurance maladie de l'ONU accumulée avant l'âge normal de départ à la retraite est prise en compte dans la comptabilisation des 5 ou 10 années d'affiliation requises pour l'affiliation au programme d'assurance maladie après la cessation de service.

2.3 Au moment de son affiliation à un plan d'assurance maladie après la cessation de service, l'intéressé peut choisir d'affilier aussi son conjoint (reconnu comme tel par l'ONU) et les enfants à sa charge remplissant les conditions requises (tels que définis au paragraphe 2.4 ci-après), sous réserve des conditions suivantes :

- a) Dans le cas des fonctionnaires relevant de la série 100 ou 200 qui ont été recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après et qui remplissent les critères d'admissibilité énoncés aux alinéas a) i) et a) ii) du paragraphe 2.1 ci-dessus, peuvent être affiliés le conjoint et les enfants à charge remplissant les conditions requises qui ont été affiliés au même plan d'assurance maladie que l'intéressé pendant cinq ans minimum (ou deux ans si le conjoint était couvert par l'assurance d'un autre employeur ou d'un gouvernement national) et étaient affiliés au moment de la cessation de service. Toutefois, dans le cas du conjoint ou des autres personnes qui sont devenues personnes à charge du fonctionnaire moins de cinq ans avant la cessation de service de celui-ci, l'obligation d'avoir été affilié pendant deux ou cinq ans ne s'applique pas, à condition que les intéressés aient été affiliés dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils ont acquis le statut de personne à charge du fonctionnaire ;
- b) Dans le cas des fonctionnaires relevant de la série 100 ou 200 qui ont été recrutés avant le 1^{er} juillet 2007 et qui remplissent les critères d'admissibilité énoncés aux alinéas b) i) et b) ii) du paragraphe 2.1 ci-dessus, peuvent être affiliés le conjoint et les enfants à charge remplissant les conditions requises qui étaient affiliés au même plan d'assurance maladie que l'intéressé au moment de sa cessation de service ;
- c) Dans le cas des conjoints survivants qui remplissent les critères d'admissibilité énoncés à l'alinéa c) du paragraphe 2.1 ci-dessus, peuvent être affiliés les enfants à charge remplissant les conditions requises qui étaient affiliés au même plan d'assurance maladie que l'ancien fonctionnaire au moment du décès de celui-ci.

Section 3

Cotisations

3.1 Dans le cas des fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après, la prise en charge du coût de l'affiliation à un plan d'assurance maladie après la cessation de service de l'ONU est régie par les dispositions suivantes :

- a) Dans les situations visées par les alinéas a) i) et a) ii) du paragraphe 2.1 ci-dessus, le coût de l'affiliation est supporté conjointement par l'ONU et l'affilié ;
- b) Le montant des cotisations visées par l'alinéa a) ci-dessus est calculé selon les barèmes des cotisations et des subventions établis pour le plan d'assurance maladie considéré, sur la base du plus élevé des deux montants ci-après :
 - (i) Le total des prestations périodiques payables pour le compte du fonctionnaire au titre des Statuts de la Caisse, de l'appendice D du Règlement du personnel ou des deux, y compris toutes les augmentations accordées au titre du coût de la vie, même si une partie de ces prestations a été convertie en capital ou si le montant desdites prestations a été réduit du fait de l'exercice d'une autre option, dont la retraite anticipée ;
 - ii) La prestation périodique qui aurait été payable pour le compte du fonctionnaire au titre des Statuts de la Caisse si le fonctionnaire avait cotisé pendant 25 ans.

3.2 Dans le cas des fonctionnaires recrutés **avant le 1^{er} juillet 2007**, la prise en charge du coût de l'affiliation à un plan d'assurance maladie après la cessation de service de l'ONU est régie par les dispositions suivantes :

- a) Dans les situations visées par l'alinéa b) i) du paragraphe 2.1, le coût de l'affiliation est supporté conjointement par l'ONU et l'affilié ;
- b) Dans les situations visées par l'alinéa b) ii) du paragraphe 2.1, le coût de l'affiliation est supporté conjointement par l'ONU et l'affilié, à condition que l'ancien fonctionnaire ait cotisé à un plan d'assurance maladie de l'ONU pendant une période totale d'au moins 10 ans ;
- c) Dans le cas d'anciens fonctionnaires qui relèvent de l'alinéa b) ii) du paragraphe 2.1 mais ne remplissent pas les conditions énoncées à l'alinéa b) ci-dessus, le coût de l'affiliation est supporté dans sa totalité par l'affilié. Une fois que la durée totale d'affiliation accumulée pendant la période d'activité et après la cessation de service atteint 10 ans, le coût de l'affiliation est supporté conjointement par l'ONU et l'affilié.

Examen

50. Les conventions et traités universels établissant les principes fondamentaux du droit international des droits de l'homme, comme ceux mentionnés ci-dessus, constituent le socle juridique de toutes les organisations et entités fondées ou créées après que l'Assemblée générale les a adoptés aux niveaux international, régional et national pour promouvoir, protéger et surveiller l'application des droits fondamentaux. Ils sont directement applicables par et à toutes ces organisations et entités, y compris l'Organisation des Nations Unies, principal promoteur des droits de l'homme dans le monde.

51. Le Tribunal considère, compte tenu de la disposition impérative de l'alinéa c) de l'article 1.1 du Statut du personnel et de la jurisprudence établie par le Tribunal du contentieux administratif dans l'arrêt *Villamorán* UNDT/2011/126 [confirmé par le Tribunal d'appel dans l'arrêt *Villamorán* 2011-UNAT-160 et dans le jugement *Korotina* UNDT/2012/178 (non porté en appel)], qu'au sommet de la hiérarchie de l'ordre juridique interne de l'Organisation se trouve la Charte des Nations Unies, signée le 26 juin 1945 et entrée en vigueur le 24 octobre 1945, suivie par d'autres conventions et traités universels, notamment, mais pas uniquement, la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale le 10 décembre 1948, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adoptés par l'Assemblée générale le 16

décembre 1966 et entrés en vigueur respectivement le 3 janvier 1976 et le 23 mars 1976, le Statut du personnel, adopté par l'Assemblée générale, le Règlement du personnel, adopté par le Secrétaire général, d'autres résolutions et décisions pertinentes adoptées par l'Assemblée générale, les circulaires du Secrétaire général et les instructions administratives (voir jugement *Hastings* UNDT/2009/030, confirmé par l'arrêt *Hastings* 2011-UNAT-109 ; Amar UNDT/2011/040), les circulaires, directives internes, manuels et mémorandums qui occupent le bas de la hiérarchie étant dépourvus de l'autorité juridique dont sont investis les textes administratifs régulièrement promulgués.

52. En outre, le Tribunal considère qu'il ressort de la disposition impérative du paragraphe c) de l'article 1.1 du Statut du personnel que le Secrétaire général est chargé par l'Assemblée générale d'adopter un Règlement du personnel conforme aux principes établis dans la Charte des Nations Unies, le Statut du personnel et les autres résolutions et décisions pertinentes adoptées par l'Assemblée générale aux fins de leur mise en œuvre, et que le Secrétaire général, dans l'exercice de son mandat, garantit le plein respect des droits et des devoirs du fonctionnaire, qui sont énoncés dans ces textes.

53. Le Tribunal constate que le Tribunal d'appel s'est prononcé en ce sens dans *Ovcharenko et consorts* 2015-UNAT-530 (au paragraphe 35), en déclarant ce qui suit :

... Les décisions de l'Assemblée générale lient le Secrétaire général et, par conséquent, la décision administrative [...] doit être considérée comme régulière, en ce sens qu'elle a été prise par le Secrétaire général par application du principe de la hiérarchie des normes.

54. Le Tribunal considère que, a contrario, les décisions du Secrétaire général, y compris celles visant à mettre en œuvre ou à exécuter le Statut du personnel établi par l'Assemblée générale et les résolutions de l'Assemblée générale, qui n'appliquent pas le principe de la hiérarchie des normes sont irrégulières.

55. Par conséquent, le Règlement du personnel, les instructions administratives et les circulaires, y compris celles concernant les soins médicaux et l'assurance maladie, ne sauraient limiter, en partie ou en totalité, ni étendre le champ d'application du Statut du personnel. En outre, comme il ressort du paragraphe c) de l'article 1.1 du Statut du

personnel, le Secrétaire général, dans l'exercice de son mandat, adopte et applique un règlement du personnel, des instructions administratives et des circulaires conformes au Statut du personnel et aux résolutions et décisions pertinentes adoptées par l'Assemblée générale, et garantit le plein respect des droits et des devoirs du fonctionnaire, qui sont énoncés dans ledit Statut et lesdites résolutions et décisions.

56. Le Tribunal considère que toute disposition du Règlement du personnel, instruction administrative ou circulaire qui apporterait des modifications ou des changements de nature à limiter ou à étendre le champ d'application de la Charte des Nations Unies, le Statut du personnel et toute autre résolution adoptée par l'Assemblée générale, à moins qu'elle ne soit corroborée par le principe de la hiérarchie des normes, est nulle et non avenue, le Règlement du personnel, les instructions administrative et les circulaires découlant directement de ces normes dont ils ne peuvent limiter ou dépasser l'esprit et la lettre. Comme indiqué précédemment, la Charte des Nations Unies, le Statut du personnel et d'autres résolutions adoptées par l'Assemblée générale doivent être dûment mises en œuvre dans les dispositions du Règlement du personnel, les instructions administratives et les circulaires relatives aux droits et devoirs du fonctionnaire. En cas de conflit, la Charte des Nations Unies, le Statut du personnel et les résolutions pertinentes adoptées par l'Assemblée générale l'emportent.

57. Compte tenu de ce qui précède, le droit aux soins médicaux et à la santé, y compris le droit à l'assurance maladie pendant le service et après sa cessation, est un droit fondamental qui ne peut être nié ou limité.

58. Le Tribunal observe que les seules dispositions du Statut et Règlement du personnel relatives aux droit aux soins médicaux et à la santé, y compris l'assurance maladie pendant le service et après sa cessation , se lisent comme suit :

Disposition 6.6

Assurance maladie

Tout fonctionnaire peut être tenu de participer à l'un des régimes d'assurance maladie de l'Organisation, suivant les modalités fixées par le Secrétaire général.

...

Article 6.2

Le Secrétaire général établit pour les fonctionnaires un système de sécurité sociale prévoyant notamment la protection de la santé des intéressés et des congés de maladie, de maternité et de paternité, ainsi que de justes indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies.

59. Aucune des dispositions en vigueur ne fait expressément référence au régime d'assurance maladie après la cessation de service pour établir les différentes catégories de participants, l'ensemble des sources de financement, les différentes catégories de bénéficiaires (fonctionnaires retraités, fonctionnaires en activité ayant le droit de partir à la retraite et fonctionnaires en activité n'ayant pas encore le droit de partir à la retraite), la durée minimale de cotisation et d'autres critères d'admissibilité aux prestations d'assurance maladie après la cessation de service ou pour définir le soi-disant « droit de rachat » et ses modalités d'application.

60. Le Tribunal note en outre que la résolution 61/264 (Charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et mode de financement proposé), adoptée par l'Assemblée générale le 4 avril 2007, introduit une modification majeure en ce qui concerne un droit fondamental et contractuel essentiel, à savoir le droit à l'assurance maladie après la cessation de service. Le Tribunal est d'avis que la résolution 61/264 de l'Assemblée générale porte sur le droit fondamental aux soins médicaux et à la santé, y compris le droit à l'assurance maladie après la cessation de service, et aurait dû être mise en œuvre au moyen de dispositions précises et claires du Règlement du personnel adoptées par le Secrétaire général. Toutefois, en raison d'une pratique héritée, au fil des ans, cet important droit contractuel a été et est actuellement mis en œuvre par des textes de niveau inférieur, à savoir des instructions administratives (ST/AI/172, adoptée le 27 mars 1967, ST/AI/394, adoptée le 19 mai 1994, et l'actuelle ST/AI/2007/3) et des circulaires périodiques (par exemple la circulaire ST/IC/2016/13, applicable en l'espèce et remplacée par la suite par la circulaire ST/IC/2017/18).

61. Il ressort du paragraphe 12 de la résolution 61/264 que l'Assemblée générale a décidé de porter à dix dans tous les cas le nombre minimum d'années d'affiliation à un

régime d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies requis pour pouvoir bénéficier d'une assurance maladie subventionnée par l'Organisation après le départ à la retraite, et supprimer la possibilité de racheter des droits au bout de cinq années d'affiliation.

62. Le Tribunal estime que l'application de la résolution 61/264 de l'Assemblée générale au moyen de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 (Assurance maladie après la cessation de service) est irrégulière pour les raisons suivantes.

63. Aucune disposition expresse de la résolution 61/264 de l'Assemblée générale n'élimine la possibilité de racheter des droits au bout de cinq ans d'affiliation ni n'écarte complètement le droit d'un fonctionnaire recruté le 1^{er} juillet 2007 ou à une date ultérieure de racheter jusqu'à dix années d'affiliation, et l'instruction administrative ST/AI/2007/3 va plus loin que les dispositions de la résolution 61/264 de l'Assemblée générale en refusant aux fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou à une date ultérieure le droit de racheter des droits.

64. L'Administration a commis une erreur lorsque, au lieu d'appliquer la résolution 61/264, qui fait expressément et exclusivement référence à l'assurance maladie après la cessation de service des fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, elle a établi, au moyen d'un nouveau document distinct, une instruction administrative applicable aux fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet 2007 comme à ceux recrutés à cette date ou à une date ultérieure.

65. L'Administration a décidé d'insérer, dans la nouvelle instruction administrative ST/AI/2007/3 les anciennes dispositions de l'instruction ST/AI/394 applicables aux fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet 2007, ce qui a pour effet de créer un système parallèle, dans lequel les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet 2007 conservent le droit de racheter des droits après cinq ans d'affiliation, à condition qu'ils aient cotisé à un plan d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies pendant une période totale d'au moins dix ans (voir alinéa b) du paragraphe 3.2 de l'instruction ST/AI/2007/3), contrairement aux fonctionnaires recrutés après le 1^{er} juillet 2007, qui eux n'ont pas cette possibilité. Les dispositions du paragraphe 2.1 de l'instruction

administrative ST/AI/2007/3 sont discriminatoires à l'égard des fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, qui, contrairement à ceux recrutés avant cette date, n'ont pas la possibilité, s'ils le souhaitent, de racheter des droits correspondant à une période de cotisation supplémentaire au bout de cinq d'affiliation pour atteindre le seuil minimal de dix ans requis pour être admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service. Le seul critère de distinction des droits à la santé prévus au titre de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 est la date de recrutement.

66. Le Tribunal estime en outre que le droit aux soins médicaux et à la santé, y compris le droit à l'assurance médicale après la cessation de service, est un droit fondamental et ne peut être nié, limité ou restreint pour quelque motif que ce soit, tel que la date de recrutement de l'intéressé, en particulier dans les régimes reposant sur une affiliation et des cotisations volontaires des fonctionnaires. À cet égard, le Tribunal observe que le bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service repose sur une base volontaire et des cotisations conjointement supportées par les fonctionnaires, conformément à la section 4 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3, qui dispose que les cotisations versées par les fonctionnaires font partie intégrante de l'assurance après la cessation de service, étant entendu que le non-paiement de la totalité de la cotisation entraîne la suspension de l'assurance.

67. Le Tribunal conclut que le droit à l'égalité d'accès à l'assurance maladie après la cessation de service n'est pas garanti par le cadre juridique actuel et n'est donc pas respecté par l'Organisation s'agissant de l'ensemble des fonctionnaires bénéficiant du système parallèle établi par l'instruction administrative ST/AI/2007/3. Il estime que si l'Assemblée générale ne s'est pas prononcée sur le droit des fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date de racheter des années supplémentaires de cotisation pour parvenir au seuil minimal des dix ans d'affiliation aux plans d'assurance médicale de l'Organisation des Nations Unies, c'est pour pouvoir nier ce droit au bout de cinq ans de cotisation ou l'écarter complètement. S'agissant de l'admissibilité au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, il n'y a aucune raison de faire une distinction entre les fonctionnaires sur la seule base de leur date de recrutement. Pour

ce faire, comme dans l'instruction administrative ST/AI/2007/3, l'Organisation crée un système arbitraire et discriminatoire qui est contraire aux normes obligatoires énoncées dans la partie « Droit applicable » et établies par les dispositions suivantes des conventions internationales universelles : l'article 55 de la Charte des Nations Unies, les articles 1, 2, 7 et 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, l'article 26 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, les articles 2 et 7 de la Convention concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non-nationaux en matière de sécurité sociale, et les articles 6 et 7 de la Convention de 1982 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale.

68. En outre, le Tribunal considère que la position de l'Administration en ce qui concerne l'interprétation et l'application des dispositions de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 à la situation de la requérante, ancienne fonctionnaire recrutée après le 1 juillet 2007, est erronée. Comme il résulte de la décision contestée et de la réponse donnée par la suite par le Groupe du contrôle hiérarchique, la demande de la requérante d'être affiliée à l'assurance maladie après la cessation de service a été rejetée au motif qu'il a été considéré qu'elle ne pouvait y prétendre. À cet égard, le Tribunal observe que la décision contestée de la déclarer inadmissible au bénéfice de cette assurance indiquait a) que la requérante était entrée au service de l'Organisation le 3 décembre 2007, b) qu'elle s'était affiliée à un plan d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies à compter du 1^{er} janvier 2008 et c) qu'en octobre 2016, il a été considéré qu'elle ne remplissait pas les conditions requises pour s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service au motif qu'elle n'avait cotisé, au moment de son départ à la retraite, que pendant huit ans et dix mois.

69. Le défendeur a versé au dossier la déclaration de M. WK, assistant (prestations) à la Division de la comptabilité du Bureau de la planification des programmes, du budget et de la comptabilité, dans laquelle ce dernier confirme que le 25 janvier 2011, il a indiqué à la requérante que, en raison d'une lecture erronée de la date du début de son engagement (« 12/03/2007 », soit le 12 mars 2007, alors qu'il aurait fallu lire le

3 décembre 2007), elle remplirait les conditions requises pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service si elle prenait sa retraite le 31 octobre 2016.

70. Dans sa lettre du 21 novembre 2016 adressée en réponse à la demande contrôle hiérarchique formulée par la requérante, le Groupe du contrôle hiérarchique précise ce qui suit :

[...] un assistant (prestations) au Service des assurances vous a donné en 2011 des informations erronées après avoir pris connaissance du courriel dans lequel vous indiquiez que votre date de début de couverture était le « 12/3/07 ». Appliquant la convention relative aux dates en vigueur dans l'Organisation, il en a déduit qu'il s'agissait du 12 mars 2007, et non du 3 décembre 2007. Le Groupe du contrôle hiérarchique estime que, même si l'erreur était compréhensible étant donné que vous indiquiez également dans le même courriel que vous prendriez votre retraite à compter du 31/10/16 (à savoir jour/mois/année), une lecture attentive du courriel aurait montré qu'il fallait lire décembre 2007, compte tenu que vous précisez également par ailleurs qu'à l'âge de la retraite, vous auriez accompli un peu moins de neuf ans de service.

Le Groupe du contrôle hiérarchique a toutefois estimé que même si, dans votre cas, l'Administration est responsable de cette information erronée, elle a le devoir et le droit de corriger son erreur. Comme le Tribunal d'appel des Nations Unies l'a rappelé dans *Cranfield*, 2013-UNAT-367 :

« Lorsque l'Administration constate qu'elle a pris une décision ou un engagement illicite, elle est fondée à rectifier la situation. [...] Lorsque l'Administration est responsable de la décision irrégulière, elle doit en assumer la responsabilité et agir avec la diligence due une fois informée de l'acte illicite. »

Le Groupe du contrôle hiérarchique a relevé que le Tribunal du contentieux administratif, dans son ordonnance rejetant votre demande de sursis à exécution, a estimé que l'affirmation selon laquelle vous pouviez légitimement vous attendre à bénéficier de l'assurance est contraire aux dispositions du paragraphe 7.4 de l'instruction administrative ST/AI2007/3, qui dispose que les fonctionnaires qui approchent l'âge de la retraite doivent obtenir toute l'information nécessaire concernant l'assurance maladie après la cessation de service. Il est indiqué que votre dernière demande d'informations concernant votre situation date de janvier 2011, soit près de six ans avant votre date de départ à la retraite. Il apparaît en outre que l'information relative à la durée d'affiliation de dix ans était facilement accessible sur le site de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie. Le Groupe du contrôle hiérarchique observe que le Tribunal du contentieux administratif a conclu que le courriel du 25 janvier 2011 adressé par la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie n'était plus pertinent.

S'il prend note du point de vue du Tribunal, le Groupe du contrôle hiérarchique estime qu'il était raisonnable de votre part de vous fier aux informations données par un fonctionnaire de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie. Toutefois, pour apprécier le droit de l'Organisation de corriger son erreur compte tenu de vos intérêts, le Groupe du contrôle hiérarchique a examiné si le fait de vous fier à ces informations vous avait porté préjudice. Vous avez fait valoir que cela vous avait empêché d'agir autrement, par exemple de chercher un autre emploi qui vous aurait permis de continuer à bénéficier d'une couverture médicale. Le Groupe du contrôle hiérarchique a considéré que cet argument était très hypothétique compte tenu de l'incertitude liée à un tel emploi. Faute de preuve du moindre préjudice matériel que vous auriez subi en vous fiant aux informations erronées, le Groupe du contrôle

hiérarchique conclut que la balance des intérêts penche en faveur de l'application correcte par l'Organisation de ses propres règles. À cet égard, le Groupe du contrôle hiérarchique n'a pas estimé que le fait que vous deviez désormais rechercher un plan d'assurance santé en dehors de l'Organisation constituait un dommage matériel puisque en tant que fonctionnaire recruté après le 1^{er} juillet 2007 et compte tenu de votre date de départ à la retraite, vous n'auriez jamais pu prétendre à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service.

Compte tenu de ce qui précède, le Groupe du contrôle hiérarchique a recommandé que soit confirmée la décision de ne pas vous rendre admissible au bénéfice de cette assurance.

71. En considérant, dans la lettre du Groupe du contrôle hiérarchique datée du 21 novembre qu'« il était raisonnable de [la part de la requérante] de [se] fier aux informations données [en 2011] », l'Administration a reconnu (après s'être fait préciser que la requérante avait été recrutée après le 1^{er} juillet 2007) que l'information qui lui avait été communiquée en janvier 2011 avait conservé toute sa fiabilité jusqu'en juin 2016, soit pendant plus de cinq ans. Le défendeur a également admis que la requérante avait agi de manière raisonnable en se fiant à ces informations.

72. Le Tribunal conclut que l'affirmation de la requérante, selon laquelle elle s'est raisonnablement fiée, à son détriment, aux informations communiquées par l'Administration, a été confirmée à l'issue du contrôle hiérarchique.

73. En outre, le Tribunal observe que dans l'arrêt *Cranfield* 2013-UNAT-367, le Tribunal d'appel a dit ce qui suit :

48. Si, dès lors qu'elle est informée de l'irrégularité de la décision du 12 octobre 2011, l'Administration est en droit d'y remédier, le Tribunal d'appel s'est néanmoins posé la question de savoir si, dans les circonstances particulières de l'espèce, elle n'était plus fondée à révoquer le contrat d'engagement de durée indéfinie accordé le 12 octobre 2011.

49. L'erreur d'appréciation qui a conduit à penser M^{me} Cranfield avait droit à un contrat de durée indéfinie a été commise par des fonctionnaires de la Division de la gestion des ressources humaines et de la section de la paie et de l'administration du personnel. M^{me} Cranfield étant elle-même convaincue qu'elle ne remplissait pas les critères requis pour obtenir la conversion de son contrat en engagement de durée indéfinie, on ne saurait lui reprocher l'erreur commise par l'Administration. Pour sa part, dès lors qu'elle a été avertie que M^{me} Cranfield ne remplissait pas lesdites conditions, l'Administration a cherché à rectifier la situation dans les 97 jours qui ont suivi cette information et après avoir pris conseil sur le plan juridique. Le fait que M^{me} Cranfield a été maintenue à un poste où pendant environ trois mois, elle a cru que son contrat avait été converti en engagement de durée indéfinie ne suffit pas, en soi, pour conclure que l'Administration n'était plus fondée à rectifier la décision du 12 octobre 2011. Tel serait le cas uniquement si le Tribunal d'appel devait estimer qu'en se fiant à la décision du 12 octobre 2011, M^{me} Cranfield, avait agi à son propre détriment, dans la mesure où il ne serait pas dans l'intérêt de la justice d'autoriser la révocation de l'engagement de durée indéfinie.

...

74. Il en résulte que le Tribunal d'appel a considéré que les mesures prises par l'Administration pour rectifier une erreur étaient raisonnables compte tenu du temps relativement court, à savoir 97 jours, qui s'était écoulé et que cette courte période ne suffit pas, en soi, pour conclure que l'Administration n'était plus fondée à rectifier la décision.

75. Toutefois, le Tribunal considère qu'en l'espèce, la rectification, en juin 2016, d'une erreur commise par l'Administration en janvier 2011, soit plus de cinq ans après les faits, suffit pour conclure que l'Administration n'est plus fondée à rectifier la décision, compte tenu que la requérante s'est fiée, à son détriment, aux informations communiquées par l'Administration.

76. En outre, il n'a pas été tenu compte de la nécessité de protéger de manière adéquate et non discriminatoire son droit à l'assurance maladie après la cessation de service et son droit à la santé, qui constituent un droit fondamental, d'autant plus que ce droit était en cours d'acquisition lorsqu'elle atteint l'âge réglementaire de départ à la retraite.

77. Le Tribunal ne voit pas pourquoi ce système discriminatoire devrait exister, aucun fonctionnaire ne devant subir de discrimination du fait de sa date de début d'engagement. En outre, le Tribunal considère que l'Organisation n'encourrait aucune responsabilité si les fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2017 ou à une date ultérieure se voyaient accorder le même droit de racheter jusqu' à dix ans supplémentaires de cotisation à un plan d'assurance maladie pour pouvoir s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service. Comme le défendeur l'a indiqué dans ses conclusions finales, l'alinéa c) du paragraphe 3.2 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 dispose que les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet 2007 dont la durée totale de cotisation à un plan d'assurance maladie de l'ONU est inférieure à dix ans *acquittent leurs propres cotisations d'assurance maladie après la cessation de service et celle de l'Organisation jusqu'à ce que la durée totale d'affiliation accumulée pendant la période d'activité atteigne dix ans*. Par conséquent, tout fonctionnaires recruté le 1^{er} juillet 2007 ou à une date ultérieure qui souhaite exercer son droit de racheter

jusqu'à dix ans d'affiliation acquittera ses propres cotisations pour la période à courir jusqu'aux dix ans, ainsi que celles de l'Organisation, qui n'aura à supporter aucun coût indu lié au rachat des années supplémentaires de cotisation à un plan d'assurance maladie de l'ONU nécessaires pour atteindre ce seuil des dix ans.

78. Le Tribunal considère que la privation du droit de la requérante de racheter, sur ses propres deniers, la période restant à courir jusqu'aux dix ans de cotisation requis pour s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service a eu pour conséquence la négation discriminatoire et injuste de son droit fondamental à une prise en charge médicale après la cessation de service, mais également celle du droit dérivé de son conjoint de bénéficier d'une telle assurance maladie. À cet égard, le Tribunal constate que, conformément au paragraphe 2.3 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3, « [a]u moment de son affiliation à un plan d'assurance maladie après la cessation de service, l'intéressé peut choisir d'affilier aussi son conjoint ». Dès lors, le conjoint de la requérante, qui, semble-t-il, a été affilié au même plan d'assurance maladie que cette dernière pendant au moins cinq ans, aurait également dû bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service au moment du départ en retraite de la requérante.

79. En outre, le Tribunal note que les dispositions de la section 8 (Transfert d'un plan d'assurance maladie à un autre) de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 semblent faire peser une charge disproportionnée sur les affiliés aux plans d'assurance mis en œuvre aux États-Unis, sans que les périodes pertinentes de résidence soient dûment totalisées, comme le prévoit pourtant l'article 7 de la Convention de 1982 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, qui se lit comme suit : « Le système de conservation des droits en cours d'acquisition visé à l'article 6 de la présente convention doit prévoir, dans la mesure nécessaire, la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi, d'activité professionnelle ou de résidence, selon le cas, accomplies sous les législations des Membres en cause, en vue (a) de l'admission à l'assurance volontaire ou facultative continuée, dans les cas appropriés [...] ».

80. Les fonctionnaires qui n'ont pas la citoyenneté américaine ont la possibilité d'opter pour un plan d'assurance qui correspond mieux à leur nouveau pays de

résidence. Les affiliés qui résident aux États-Unis n'ont pas cette possibilité. Dans leur cas, le transfert d'un plan à l'autre est possible moyennant une condition supplémentaire, à savoir qu'il ne peut avoir lieu qu'après deux ans d'affiliation. Le Tribunal est convaincu que l'Organisation reviendra également sur les dispositions de la section 8 et y apportera les modifications nécessaires pour que tous les fonctionnaires soient traités sur un pied d'égalité.

81. Compte tenu de ce qui précède, la décision contestée irrégulière doit être annulée.

82. Le défendeur doit autoriser la requérante à acquitter la cotisation d'assurance maladie correspondant aux treize mois manquant pour atteindre le seuil des dix ans et, partant, considérer qu'elle remplit les conditions requises pour bénéficier rétroactivement de l'assurance maladie après la cessation de service, à partir de la date à laquelle elle a quitté l'Organisation, conformément au paragraphe 2.3 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3. Le bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service est réputé acquis à la date à laquelle la requérante acquitte volontairement les cotisations supplémentaires requises pour atteindre les dix ans d'affiliation.

83. La décision contestée portant sur une cessation de service qui résulte d'un départ à la retraite qui, conformément aux dispositions 9.5 et 9.6, alinéa b), du Règlement du personnel, n'est pas un licenciement, en application de l'alinéa a) du paragraphe 5 de l'article 10 de son Statut, le Tribunal n'est pas tenu, pour admettre la requérante au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, de fixer une indemnité à verser par le défendeur en lieu et place de l'annulation de la décision.

Réparation

84. Le Statut du Tribunal du contentieux administratif dispose, notamment, ce qui suit :

Article 10

5. Dans son jugement, le Tribunal peut notamment ordonner :

- a) L'annulation de la décision administrative contestée ou l'exécution de l'obligation invoquée, étant entendu que, si la décision administrative contestée porte nomination, promotion ou licenciement, le Tribunal fixe également le montant de l'indemnité que le défendeur peut choisir de verser en lieu et place de l'annulation de la

décision administrative contestée ou de l'exécution de l'obligation imposée, sous réserve des dispositions de l'alinéa b du présent paragraphe ;

b) Le versement d'une indemnité qui ne peut normalement être supérieure à deux années de traitement de base net du requérant. Le Tribunal peut toutefois, dans des circonstances exceptionnelles et par décision motivée, ordonner le versement d'une indemnité plus élevée.

85. Le Tribunal constate que le paragraphe 5 de l'article 10 de son Statut prévoit deux types de réparations :

a. L'alinéa a) porte sur l'annulation de la décision contestée ou l'exécution de l'obligation invoquée, et sur l'indemnité que le défendeur peut choisir de verser en lieu et place de l'annulation de la décision administrative contestée ou de l'exécution de l'obligation imposée par le Tribunal. L'indemnité qui doit être décidée par le Tribunal en cas d'annulation d'une décision est liée au droit du défendeur de choisir de verser une indemnité, en lieu et place de l'annulation de la décision contestée ou de l'exécution de l'obligation imposée, selon la décision du Tribunal. En conséquence, l'indemnité mentionnée au présent paragraphe constitue une mesure de substitution et le Tribunal doit toujours en fixer le montant, même si le fonctionnaire n'en fait pas expressément la demande, car, selon l'intitulé de la disposition, « le Tribunal fixe [...] le montant de l'indemnité ».

b. L'alinéa b) du paragraphe 5 de l'article 10 prévoit également le versement d'une indemnité.

86. Le Tribunal considère que l'indemnité fixée au titre de l'alinéa a) du paragraphe 5 de l'article 10 revêt un caractère impératif et qu'elle est directement liée à l'annulation de la décision ou à l'exécution de l'obligation invoquée, mais qu'elle est distincte de l'indemnité qui peut être ordonnée au titre de l'alinéa b).

87. Le Tribunal peut ordonner l'un ou l'autre des types de réparation, voire les deux ; autrement dit, l'indemnité au titre de l'alinéa b) peut soit s'ajouter, soit se substituer à l'annulation de la décision. Les deux types d'indemnité ont uniquement en commun qu'aucune « ne peut normalement être supérieure à deux années de traitement de base net du requérant », le total ne pouvant donc excéder quatre ans si le Tribunal ordonne le versement des deux. Le Tribunal peut toutefois, dans des circonstances exceptionnelles et par décision motivée, ordonner le versement d'une indemnité plus élevée.

88. Lorsqu'il est saisi d'une requête contre une décision disciplinaire, le Tribunal du contentieux administratif peut :

a) Confirmer la décision ;

- b) Annuler la décision et fixer le montant d'une indemnité à verser en lieu et place de l'annulation ;
- c) Annuler la décision et, dans les affaires disciplinaires, remplacer la mesure disciplinaire jugée trop sévère par une sanction inférieure et fixer le montant d'une indemnité à verser en lieu et place de l'annulation. Il ne s'agit pas alors d'une nouvelle sanction mais plutôt d'une annulation partielle de la décision contestée remplaçant, conformément aux dispositions applicables, la sanction irrégulière par une sanction inférieure. Si le contrôle judiciaire se bornait à l'annulation de la décision, sans remplacement ou modification de la sanction, le fonctionnaire ayant commis la faute resterait impuni, puisque l'employeur ne peut appliquer deux sanctions à la même personne pour la même faute ;
- d) Fixer le montant de l'indemnité prévue à l'alinéa b) du paragraphe 5 de l'article 10.

89. Le Tribunal note qu'à tout moment avant le prononcé du jugement, le défendeur peut librement décider d'annuler la décision contestée. Après cette date, l'annulation de la décision est une réparation qu'il appartient au Tribunal de prononcer.

90. Dans *Tostopiatov* (UNDT/2011/012) et *Garcia* (UNDT/2011/068), le Tribunal a jugé que le but de l'indemnisation consiste à placer le/la fonctionnaire dans la même situation que celle qu'il/elle aurait occupée si l'Organisation avait respecté ses obligations contractuelles.

91. Le Tribunal observe que la requérante a demandé, en réparation des conséquences de la décision contestée, une indemnisation raisonnable de la différence des frais de santé qui seront à sa charge et à celle de son conjoint le restant de leur vie pour avoir un niveau de prise en charge similaire à celui dont ils auraient bénéficié. Compte tenu de la décision du Tribunal d'annuler la décision contestée et d'admettre la requérante au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, avec effet rétroactif à la date de son départ en retraite, la demande d'indemnisation pour préjudice matériel doit être rejetée.

Préjudice moral

92. La requérante demande réparation du préjudice moral résultant de la décision administrative.

93. S'il prend note de l'évolution récente de la jurisprudence du Tribunal d'appel pour ce qui est des éléments de preuve à produire à l'appui d'une demande de

dommages-intérêts pour préjudice moral, à l'image des arrêts rendus en juillet 2018, tels que *Timothy* 2018-UNAT-847, le Tribunal souligne que l'audience s'est tenue le 22 septembre 2017. À l'époque, le Tribunal avait suivi la jurisprudence applicable du Tribunal d'appel en ce qui concerne la norme de preuve requise pour établir que le témoignage de la requérante constituait une preuve suffisante aux fins de l'indemnisation du préjudice moral.

94. Le Tribunal estime que la requérante a subi un préjudice moral attesté par son témoignage à l'audience, au cours duquel elle a détaillé les souffrances psychologiques endurées du fait de la décision contestée, qui ont pris la forme de crises d'anxiété, d'épisodes dépressifs et d'insomnies. Elle a informé le Tribunal qu'elle était suivie sur le plan psychologique et était sous traitement médicamenteux, mais que compte tenu du coût élevé des traitements, elle n'avait plus les moyens d'avoir le même niveau de prise en charge psychologique que celui dont elle aurait bénéficié avant son départ à la retraite.

95. La requérante a également expliqué qu'elle et son mari sont tous deux citoyens américains, ont atteint l'âge de la retraite ou en approchent, et n'ont aucune perspective raisonnable d'obtenir un emploi qui leur donnerait accès à une assurance médicale abordable. Elle a en outre fait savoir au Tribunal qu'aux États-Unis en particulier, où le coût des soins de santé est élevé et la réglementation incertaine, cette nouvelle situation était inattendue et dévastatrice. Elle a en outre affirmé que, du fait de la décision contestée, elle et son conjoint à charge avaient dû revoir entièrement leurs projets de vie après leur départ à la retraite, au point qu'il était presque impossible pour elle de trouver une solution autre que celle d'être autorisée à s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service.

96. La requérante a par ailleurs indiqué que, bien qu'ayant reçu des offres intéressantes d'autres entreprises en 2011, elle ne les avait pas acceptées au motif qu'elle souhaitait s'affilier à l'assurance maladie après la cessation d'activité et bénéficier, pour elle et son conjoint à charge, du système de santé offert par cette assurance.

97. Le Tribunal observe que le témoignage de la requérante a été confirmé par écrit par M. MK, M^{me} MF et M^{me} KM, qui ont tous été en contact avec elle entre 2011 et 2015 pour lui proposer un emploi. M. MK a indiqué qu'il avait pris contact avec la requérante à deux reprises en 2013 et 2015 pour lui proposer un poste à plein temps et qu'elle avait décliné son offre et choisi de rester à l'ONU principalement en raison des prestations d'assurance maladie qu'elle aurait perdues après son départ à la retraite.

98. M^{me} M a déclaré qu'en novembre 2010 et 2011, elle avait proposé à la requérante un poste correspondant à son expérience de rédactrice et d'éditrice mais que celle-ci avait refusé en raison de son attachement de longue date à l'ONU et parce qu'elle était convaincue que l'offre ne pourrait « être assortie d'un ensemble de prestations comparable, y compris l'assurance maladie complète que lui offrait [l'ONU] ». Au vu de l'ensemble des circonstances de l'espèce et du droit que le Tribunal reconnaît ci-dessus à la requérante de s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service à compter de la date du paiement de la cotisation correspondant aux treize mois requis pour atteindre le seuil des dix ans, le montant de la cotisation à payer par la requérante doit être calculé à compter d'octobre 2016, date de son départ à la retraite.

99. En conséquence, la demande de dommages-intérêts pour préjudice moral doit être accueillie. Le Tribunal estime que le présent jugement, ainsi que l'octroi d'une somme de 3 000 dollars des États-Unis, constituent une réparation raisonnable et suffisante pour le préjudice moral causé à la requérante du fait de la décision contestée.

Dispositif

100. Vu ce qui précède, le Tribunal DÉCIDE ce qui suit :

a) Il est partiellement fait droit à la requête. La décision contestée est annulée et la requérante doit être considérée comme remplissant les conditions requises pour s'affilier à l'assurance maladie après la cessation de service, conformément au paragraphe 2.3 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3, avec effet rétroactif à la date de son départ à la retraite. Le bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service est réputé acquis à la date à laquelle la requérante acquitte volontairement les cotisations supplémentaires requises pour atteindre les dix ans d'affiliation.

b) Aucune indemnité n'est accordée à titre subsidiaire, la présente espèce ne concernant pas la nomination, la promotion ou le licenciement d'un fonctionnaire ;

- c) La demande de dommages-intérêts pour préjudice matériel est rejetée ;
- d) Le défendeur est tenu de payer 3 000 dollars des États-Unis à la requérante, au titre du préjudice moral causé par la décision contestée ;
- e) Le montant susmentionné sera versé dans un délai de 60 jours à compter de la date à laquelle le présent jugement devient exécutoire, et assorti des intérêts calculés au taux préférentiel applicable des États-Unis à cette date. En cas de non-paiement dans le délai de 60 jours, le taux préférentiel des États-Unis sera majoré de 5 % jusqu'à la date du paiement effectif.

Observations

101. Le Tribunal est d'avis que, pour permettre à l'Organisation de s'acquitter de ses obligations en ce qui concerne le droit fondamental aux soins médicaux et à la santé prévu par les dispositions pertinentes des conventions internationales universelles (voir ci-dessus au paragraphe 66), l'Organisation doit approuver, dans le cadre du Règlement du personnel, des dispositions claires sur le droit des fonctionnaires à bénéficier de l'assurance maladie pendant leur service et après leur cessation de service à l'ONU. À titre subsidiaire, l'instruction administrative ST/AI/2007/3 doit être modifiée par l'adoption d'une nouvelle disposition reprenant l'alinéa c) du paragraphe 3.1 de l'instruction administrative ST/AI/2007/3 et l'intégralité de l'alinéa c) du paragraphe 3.2 actuel.

102. Dans l'intervalle, le Tribunal compte que l'Organisation donnera la priorité aux conventions internationales universelles et mettra en œuvre l'instruction administrative ST/AI/2007/3 de sorte que les fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2017 ou à une date ultérieure ne fassent plus l'objet de discrimination, en reconnaissant leur droit de racheter jusqu'à dix ans de cotisation à un plan d'assurance maladie, comme les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet 2007 en ont actuellement la possibilité.

(Signé)

Alessandra Greceanu, Juge

Ainsi jugé le 19 octobre 2018

Enregistré au Greffe le 19 octobre 2018

(Signé)

Nerea Suero Fontecha, Greffière, New York