



TRIBUNAL DU CONTENTIEUX  
ADMINISTRATIF DES NATIONS UNIES

Affaire n° : UNDT/NBI/2022/066  
Jugement n° : UNDT/2023/034  
Date : 25 mai 2023  
Original : anglais

**Juge :** M. Francesco Buffa  
**Greffé :** Nairobi  
**Greffière :** M<sup>me</sup> Abena Kwakye-Berko

YAGOUT

contre

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE  
L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

---

**JUGEMENT SUR LA RESPONSABILITÉ**

---

**Conseil du requérant :**  
Néant

**Conseil du défendeur :**  
M<sup>me</sup> Esther Shamash, Programme des Nations Unies pour le développement

## **Introduction**

1. Le requérant, assistant exécutif du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) titulaire d'un engagement de durée déterminée à la classe G-5 et basé à Sanaa (Yémen), conteste la décision de le renvoyer de l'Organisation.

## **Rappel des faits et de la procédure**

2. Il a été mis fin au service du requérant avec indemnité tenant lieu de préavis et sans indemnité de licenciement, conformément au paragraphe a) de la disposition 10.1 et à l'alinéa viii) du paragraphe a) de la disposition 10.2 du Règlement du personnel. Il a été renvoyé de l'Organisation pour avoir soumis à Cigna trois demandes de remboursement de frais médicaux qui étaient frauduleuses.

3. Chaque membre du personnel recruté sur le plan local dans un lieu d'affectation hors siège et titulaire d'un engagement auprès du PNUD, comme le requérant, bénéficie d'une assurance maladie pour sa personne et sa famille, conformément au Régime d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés localement. Il s'agit d'un régime d'auto-assurance que la compagnie d'assurance Cigna gère pour le compte du PNUD, en examinant les demandes de remboursement soumises par les assurés et en procédant aux remboursements. Le PNUD est chargé de couvrir le coût de tous les remboursements effectués par Cigna, de sorte que toute perte imputable aux remboursements effectués par Cigna représente une perte directe pour le PNUD.

4. Depuis le 27 juin 2013, le requérant était affilié au régime d'assurance médicale de Cigna. Son épouse, M<sup>me</sup> NAY, était également affiliée à ce régime en tant que personne à charge du requérant.

5. Trois demandes de remboursement ont été soumises à Cigna au nom du requérant, respectivement le 1<sup>er</sup> novembre 2018, le 17 mars 2019 et le 12 avril 2021.

6. L'épouse du requérant a présenté la première demande, en son nom, pour deux appareils auditifs. La facture s'élevait à 900 dollars des États-Unis. Le requérant affirme qu'il a pris connaissance de cette demande au cours de l'enquête menée par le Bureau de l'audit et des investigations (OAI).

7. Le requérant soutient qu'il n'était pas non plus au courant de la deuxième demande de remboursement présentée au nom de son épouse pour un montant de 5 794,43 dollars des États-Unis.

8. La troisième demande concernait un traitement de 14 jours contre la COVID pour un montant de 12 853,10 dollars des États-Unis. Cette demande de remboursement faite en 2021 était au nom du requérant.

9. Le 1<sup>er</sup> juillet 2021, Cigna a fait part d'allégations selon lesquelles le requérant avait soumis des demandes frauduleuses de remboursement de frais médicaux. L'OAI du PNUD a examiné la plainte et a mené une enquête officielle.

10. Le 6 août 2021, l'OAI a informé le requérant qu'il faisait l'objet d'une enquête. Le requérant a été interrogé le 12 août 2021.

11. Le 30 septembre 2021, l'OAI a envoyé au requérant le projet de rapport d'enquête.

12. Le 3 octobre 2021, le requérant a communiqué ses observations et a produit des preuves supplémentaires. Après avoir examiné les observations et les éléments de preuve, l'OAI a révisé le rapport d'enquête.

13. Le 2 mars 2022, le requérant a été accusé de fraude aux prestations et s'est vu accorder un délai pour répondre aux accusations, ce qu'il a fait. Le PNUD a conclu que les accusations étaient fondées et, le 22 juin 2022, le requérant a été informé que l'Administrateur associé avait décidé d'imposer la sanction de renvoi.

14. Par requête du 8 août 2022, le requérant a saisi le Tribunal du contentieux administratif des Nations Unies siégeant à Nairobi pour contester la décision du défendeur de le renvoyer de l'Organisation.

15. Le défendeur a déposé sa réponse le 7 septembre 2022.

16. Par l'ordonnance n° 046 (NBI/2023) du 17 février 2023, le Tribunal a conclu que l'affaire pouvait être jugée sur la base du dossier, sans tenir d'audience, et a invité chaque partie à déposer ses conclusions finales.

17. Le 16 mars 2023, les parties ont déposé leurs conclusions comme demandé.

### **Argumentation des parties**

18. Le requérant fait valoir que la décision contestée était irresponsable, exagérée et arbitraire étant donné que le fonctionnaire n'avait pas commis de faute directe. Il ignorait totalement que son épouse avait présenté ces demandes et avait pleinement coopéré aux enquêtes. Le requérant soutient que la troisième demande de remboursement était tout à fait légitime.

19. Il soutient également que l'Organisation a agi de manière déloyale en lui imposant un renvoi. Un règlement informel du conflit qui l'opposait à Cigna aurait dû être recherché pour permettre de trouver une solution raisonnable. Son comportement impeccable et son éthique de travail auraient dû être considérés comme des circonstances atténuantes au moment de prendre la décision contestée.

20. Selon le défendeur, la décision contestée était à la fois juste et proportionnée, et donc légale.

21. La demande de remboursement de 2018 a été reconnue comme étant correcte et valable, mais le vendeur n'a jamais émis de facture pour cette vente et n'avait aucune trace d'une vente d'appareils auditifs pour M<sup>me</sup> NAY. Le requérant affirme que le défendeur ne conteste pas cette demande comme étant frauduleuse et admet avoir reçu le remboursement de 600 dollars des États-Unis de la part de Cigna.

22. L'enquête a révélé que la deuxième demande était également fausse. L'hôpital libanais n'a aucune trace d'une prise en charge de l'épouse du requérant pour la maladie mentionnée sur la facture, et il n'existe aucune trace d'une facture émise au nom de l'épouse du requérant pour le montant réclamé. En ce qui concerne cette demande, le requérant a admis qu'il avait reçu environ 5 000 dollars des États-Unis à titre de remboursement de la part de Cigna.

23. Le requérant a déclaré aux enquêteurs qu'il avait signé les deux demandes et qu'il avait été remboursé. L'argument qu'il fait valoir devant le Tribunal, selon lequel il n'était pas au courant que son épouse avait présenté ces demandes, diffère de ce qu'il a dit aux enquêteurs et n'est pas crédible.

24. Le requérant a présenté une demande de remboursement d'un montant de 9 100,00 dinars jordaniens (équivalant à 12 853,10 dollars des États-Unis) sur la base d'une facture du 12 avril 2021 pour un dispositif complet de traitement contre la COVID, établie par l'hôpital Istiklal d'Amman (Jordanie), sur laquelle figurait le nom du docteur Mohammad Salem Al-Najjar. Les éléments de preuve produits et l'enquête démontrent que cette demande de remboursement était également fausse. M. Fawaz Daoud, directeur financier de l'hôpital Istiklal, a déclaré à l'OAI que cette facture n'était pas authentique ; que le cachet apposé sur la facture était faux ; qu'aucun médecin du nom de Mohammed Salem Al-Najjar n'était employé à l'hôpital ; et qu'ils n'avaient aucune trace du requérant dans leurs dossiers.

25. Lors de son entretien avec les enquêteurs, le requérant les a informés qu'il ne savait pas que la facture qui lui avait alors été remise n'était pas authentique. Ce n'est qu'après l'enquête qu'il s'est rendu compte qu'il avait été victime d'un vol et d'une escroquerie. Les arguments qu'il a présentés au Tribunal sont tout à fait différents ; il ne mentionne pas non plus les preuves fournies par l'hôpital.

26. Les déclarations du requérant aux enquêteurs ne correspondent pas du tout à ce qu'il a déclaré devant le Tribunal. En outre, le requérant n'aborde pas ou ne réfute pas les preuves produites par le vendeur d'appareils auditifs et par l'hôpital libanais,

qui établissent que les demandes de remboursement de 2018 et 2019 étaient frauduleuses.

27. Le défendeur estime qu'il existe des preuves suffisantes et pertinentes, à la fois claires et convaincantes, pour étayer les accusations portées par l'Organisation.

## **Examen**

### ***Portée du contrôle***

28. Lorsqu'il examine une mesure disciplinaire, le Tribunal doit déterminer : a) si les faits allégués ont été établis ; b) si les faits établis constituent une faute ; c) si la mesure disciplinaire est proportionnelle à l'infraction ; et d) si le droit à une procédure régulière a été respecté [voir les arrêts *Molari* (2011-UNAT-164) et *Masri* (2010-UNAT-098)].

#### ***a) Les faits allégués ont-ils été établis ?***

29. La requête est infondée.

30. Les éléments de preuve versés au dossier étayent l'accusation selon laquelle le requérant s'est livré à une fraude aux prestations en revendiquant des dépenses de santé qu'il n'avait pas engagées.

31. Tout d'abord, le Tribunal est d'avis que le requérant est responsable de toutes les demandes de remboursement présentées à Cigna.

32. Bien que le requérant ait admis avoir présenté lui-même la troisième demande, son affirmation selon laquelle c'est son épouse, et non lui, qui a présenté les deux premières demandes à Cigna contredit les déclarations qu'il a faites aux enquêteurs de l'OAI au cours de son entretien. En tout état de cause, cela ne tient pas compte du fait incontesté que Cigna dispose d'un système de réclamation en ligne protégé par un mot de passe pour recevoir et traiter les demandes de remboursement. Si l'épouse du requérant a pu obtenir les identifiants et le mot de passe du requérant

pour accéder à la plateforme Cigna, c'est uniquement parce que le requérant lui a communiqué ces identifiants. Partant, le requérant est responsable de la fraude ainsi commise.

33. Quoi qu'il en soit, en déclarant à Cigna que les demandes étaient authentiques et en certifiant que les documents étaient exacts et valables, le requérant assumait la pleine responsabilité des demandes de remboursement.

34. Il faut également considérer sans hésitation que le requérant a directement bénéficié de la fraude, étant donné que, comme le requérant l'a admis devant l'OAI lors de son entretien, les remboursements ont été versés sur son compte bancaire. En outre, le fait que le requérant a été la seule personne à bénéficier de la fraude fragilise d'autant plus son argument selon lequel son épouse a commis la fraude à son insu.

35. Les preuves versées au dossier établissent que les factures n'étaient pas authentiques.

36. En ce qui concerne la première demande de remboursement relative à des appareils auditifs provenant d'une société appelée « Atwar for Hearing Care » (« Atwar ») basée à Sanaa (Yémen), le directeur général de la société a déclaré que le document soumis à Cigna n'était pas une facture établissant la preuve de l'achat, mais seulement une offre limitée dans le temps à un prix déterminé. Il a également indiqué qu'Atwar n'avait aucune trace d'une vente associée à cette offre, ce qui signifie que le requérant n'a pas engagé cette dépense.

37. En ce qui concerne la deuxième demande de remboursement, l'hôpital libanais a confirmé que la facture présentée à Cigna n'avait pas été émise par l'hôpital et que la patiente, M<sup>me</sup> NAY, n'avait pas reçu le traitement indiqué.

38. En ce qui concerne la troisième demande de remboursement, faite directement par le requérant qui a présenté une facture pour un dispositif complet de traitement contre la COVID, établie par l'hôpital Istiklal d'Amman (Jordanie), sur laquelle

figurait le nom du docteur Mohammad Salem Al-Najjar, il ressort du dossier que M. Fawaz Daoud, directeur financier de l'hôpital Istiklal, a déclaré à l'OAI que cette facture n'était pas authentique ; que le cachet apposé sur la facture était faux ; qu'aucun médecin du nom de Mohammed Salem Al-Najjar n'était employé à l'hôpital ; et qu'il n'y avait aucune trace d'un patient portant le nom du requérant dans leurs dossiers.

39. Le requérant n'a réfuté aucune des déclarations susmentionnées et n'a produit aucune preuve établissant au contraire que l'intervention médicale avait eu lieu, qu'un paiement avait été demandé sur présentation d'une véritable facture, et qu'il avait payé la facture.

40. Les preuves établissent de manière totalement claire et convaincante que le requérant s'est livré à une fraude aux prestations. Il a fait croire à Cigna que les trois demandes de remboursement étaient authentiques ; ce qui lui a permis d'obtenir un total de 17 171,26 dollars des États-Unis. Il n'avait pas droit à ces remboursements. Le PNUD étant auto-assuré, ces fonds représentent une perte pour le Programme.

41. Cela suffit à étayer l'accusation selon laquelle il a utilisé de faux documents pour recevoir des avantages économiques indus de la part de Cigna.

42. Dans l'arrêt *Asghar* (2020-UNAT-982), aux paragraphes 35 et 36, le Tribunal d'appel des Nations Unies a défini les éléments indispensables pour établir l'accusation de fraude et le niveau de preuve applicable [traduction non officielle] :

La constatation d'une fraude commise par un fonctionnaire de l'Organisation doit être prise au sérieux. Elle aura de graves conséquences sur la réputation, le statut et les perspectives d'emploi du fonctionnaire concerné. C'est la raison pour laquelle le Tribunal du contentieux administratif des Nations Unies ne doit généralement conclure à une fraude que sur la base de preuves suffisantes, convaincantes, pertinentes et recevables permettant de déduire des faits utiles et de parvenir à une conclusion juridique selon laquelle chaque élément de la fraude (la présentation inexacte des faits, l'intention de tromper et le préjudice) a été établi selon le critère de la preuve claire et



convaincante. En d'autres termes, la commission de la fraude doit être démontrée par des preuves hautement probables. La fraude consiste à faire illégalement, dans l'intention d'escroquer ou de tromper, une déclaration inexacte qui cause un préjudice réel ou potentiel à autrui.

43. En l'espèce, le Tribunal estime qu'il existe des preuves claires et convaincantes que le requérant a présenté des demandes de remboursement frauduleuses pour des prestations médicales qui n'ont pas eu lieu.

***b) Les faits établis constituent-ils une faute ?***

44. De l'avis du Tribunal, le comportement du requérant relève de ce que la Politique du PNUD contre la fraude et autres pratiques de corruption (adoptée en octobre 2018) définit comme une fraude, à savoir tout acte ou toute omission visant à présenter délibérément des faits de manière inexacte ou à dissimuler un fait afin d'obtenir un bénéfice ou un avantage indu. La Politique contre la fraude donne également un exemple de fraude : « fournir des informations relatives à une demande de règlement d'assurance médicale ou à un autre droit que le demandeur sait être faux ».

45. En conséquence, les faits établis constituent une faute.

***c) La mesure disciplinaire est-elle proportionnelle à l'infraction ?***

46. Le requérant n'a pas contesté la proportionnalité de la mesure. Le Tribunal estime que la mesure imposée était raisonnable et non disproportionnée.

47. Les tribunaux ont toujours jugé que les fautes impliquant une conduite intentionnelle et trompeuse, en particulier à des fins d'enrichissement personnel, méritaient les sanctions les plus sévères, comme la cessation de service ou le renvoi.

48. Ces mesures ont été jugées proportionnées en cas de comportement frauduleux, car la fraude porte atteinte à l'intégrité même de l'Organisation (arrêt *Jaber et al* (2016-UNAT-634), par. 27).

49. Dans le jugement *Diallo* (UNDT/2021/064), le Tribunal a déclaré [traduction non officielle] :

Il ressort de la pratique établie de l'Organisation concernant les affaires dans lesquelles un fonctionnaire présente des demandes frauduleuses de remboursement de frais médicaux que les mesures disciplinaires imposées sont parmi les plus sévères possibles, à savoir la cessation de service ou le renvoi, comme le prévoit le paragraphe a) de la disposition 10.2 du Règlement du personnel. [Voir aussi l'arrêt *Madhi* (2010-UNAT-018)]

*d) Le droit du requérant à une procédure régulière a-t-il été respecté ?*

50. Enfin, le Tribunal relève que le droit du requérant à une procédure régulière a été respecté au cours de l'enquête et de la procédure disciplinaire. Le requérant n'a pas contesté ce fait.

### **Dispositif**

51. Au vu de ce qui précède, la requête est rejetée.

(Signé)

Francesco Buffa, juge

Ainsi jugé le 25 mai 2023

Enregistré au Greffe le 25 mai 2023

(Signé)

Abena Kwakye-Berko, greffière, Nairobi