



TRIBUNAL DU CONTENTIEUX
ADMINISTRATIF DES NATIONS UNIES

Affaire n° : UNDT/NBI/2022/053

Jugement n° : UNDT/2023/037

Date : 29 mai 2023

Original : anglais

Juge : M. Francesco Buffa
Greffe : Nairobi
Greffière : M^{me} Abena Kwakye-Berko

ABDRABOU

contre

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

JUGEMENT

Conseil du requérant :
Néant

Conseil du défendeur :
M^{me} Angela Arroyo, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Introduction

1. Le requérant, ancien assistant à la sécurité de la classe G-5, qui travaillait pour le Programme des Nations Unies pour le développement (« PNUD ») à Hodeïda, au Yémen, conteste une mesure disciplinaire de cessation de service avec indemnité tenant lieu de préavis, qui lui a été imposée en application de l'alinéa a) de la disposition 10.1 et de la lettre viii) de l'alinéa a) de la disposition 10.2 du Règlement du personnel, et sans indemnité de licenciement¹.

Rappel des faits

2. Les membres du personnel recrutés sur le plan local titulaires d'une lettre de nomination du PNUD qui sont affectés hors du Siège, comme le requérant, bénéficient d'une assurance maladie dans le cadre du Régime d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés localement, qui est un régime d'auto-assurance. Ce Régime fournit une assurance maladie aux fonctionnaires remplissant les conditions et aux membres de leur famille. Cigna International Health Service (« Cigna ») gère le Régime d'assurance pour le compte du PNUD, examine les demandes de remboursement soumises par les assurés et procède aux remboursements. Le PNUD finance les paiements faits par Cigna aux assurés et c'est le programme qui est, en dernier ressort, chargé de couvrir le coût de tous les remboursements effectués par Cigna. Par conséquent, toute perte imputable aux remboursements effectués par Cigna représente une perte directe pour le PNUD².

3. À la date de la décision contestée, le requérant, sa conjointe et ses trois enfants étaient assurés auprès de Cigna³.

¹ Requête, sect. V ; requête, annexe 23.

² Réponse, sect. B, par. 6.

³ Requête, annexe 19, sect. I, par. 2 ; réponse, annexe 1, par. 7.

4. Le 22 décembre 2019, le requérant a présenté une demande de remboursement à Cigna au titre de frais médicaux qui, selon lui, avaient été engagés du 13 au 21 novembre 2019⁴. Le requérant a joint à la demande une facture datée du 28 novembre 2019 et un rapport médical daté du 13 novembre 2019 indiquant que son fils, BB, avait été hospitalisé à l'hôpital de l'Université des sciences et de la technologie (« USTH »), établissement de santé de Sanaa (Yémen). Il était indiqué sur la facture que l'intéressé avait été hospitalisé dans le service pédiatrique de l'USTH du 13 au 21 novembre 2019 et que les frais encourus comprenaient l'hébergement aux urgences, les radiographies, les analyses de laboratoire et l'intervention chirurgicale⁵.

5. Le requérant a demandé à Cigna le remboursement des frais, d'un montant total de 3 451 649 riyals yéménites (« YER ») (équivalant à cette date à 6 167,06 dollars des États-Unis)⁶.

6. Le 17 février 2020, Cigna a remboursé au requérant la somme de 6 108 dollars des États-Unis⁷.

7. Après le remboursement, Cigna a émis des doutes au sujet de la facture du requérant. Les doutes de Cigna étaient fondés sur : i) le montant élevé payé par le requérant de sa poche, alors que Cigna avait un accord de paiement direct avec l'USTH ; ii) la facture semblait avoir été modifiée numériquement ; iii) le montant réclamé n'était pas raisonnable et habituel pour la région, ni conforme aux tarifs habituellement pratiqués par l'USTH⁸.

⁴ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 13, p. 110.

⁵ Ibid., pièce à conviction 5.

⁶ Ibid., p. 29.

⁷ Ibid., p. 39.

⁸ Ibid., p. 29.

8. En conséquence, Cigna a mené une enquête et a notamment établi que le requérant avait présenté une demande de remboursement de frais médicaux frauduleuse⁹.

9. Le 20 mai 2020, l'enquêteur de Cigna chargé des fraudes a transmis le dossier d'enquête concernant le requérant (F20063) au Bureau de l'audit et des investigations du PNUD (« le Bureau »)¹⁰.

10. Le 11 août 2020, le PNUD a communiqué au requérant une lettre lui proposant deux options (la « lettre proposant des options »), soit que le Bureau de l'audit et des investigations mène une enquête complète sur les fautes alléguées, soit qu'il démissionne immédiatement¹¹. Le requérant a choisi la première option et le Bureau de l'audit et des investigations a commencé son enquête¹².

11. Le 16 novembre 2020, le requérant a été informé par le Bureau de l'audit et des investigations qu'il faisait l'objet d'une enquête concernant des allégations de fraude ayant trait à la présentation à Cigna de documents falsifiés et d'une facture frauduleuse¹³.

12. Le requérant a été interrogé par le Bureau de l'audit et des investigations le 19 novembre 2020¹⁴. Pendant l'entretien, le requérant a reconnu avoir envoyé la facture à Cigna, mais a maintenu qu'il l'avait envoyée telle qu'il l'avait reçue et qu'il n'avait aucune raison de douter de son authenticité.

13. Le Bureau de l'audit et des investigations a communiqué un projet de rapport d'enquête au requérant pour examen et observation¹⁵ le 26 mars 2021, et le requérant

⁹ Réponse, annexe 1, par. 3.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 20, p. 141.

¹² Requête, annexe 18, par. 24.

¹³ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 6, p. 48.

¹⁴ Réponse, annexe 2, p. 256.

¹⁵ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 37, p. 212.

a fourni ses observations le 5 avril 2021¹⁶. Le Bureau de l'audit et des investigations a produit son rapport d'enquête définitif le 22 avril 2021¹⁷.

14. Le 12 novembre 2021, le requérant a reçu une lettre lui notifiant l'ouverture de la procédure de la part de M^{me} Angelique Crumbly, administratrice assistante et directrice du Bureau des services de gestion du PNUD, l'informant que l'Organisation l'accusait de s'être livré à une fraude aux prestations en soumettant une fausse facture et un faux rapport médical à Cigna pour obtenir le remboursement de services médicaux qui n'avaient pas été reçus¹⁸. Le requérant disposait de 10 jours pour répondre aux accusations et présenter des éléments de preuves à décharge¹⁹.

15. Après avoir demandé une prolongation de délai à trois reprises, le requérant a déposé sa réponse le 6 février 2022, dans laquelle il niait les accusations et maintenait que lorsqu'il avait soumis la facture à Cigna, il n'avait aucune raison de croire qu'elle était frauduleuse, altérée ou inexacte de quelque manière que ce soit²⁰.

16. Le 28 mars 2022, le requérant a reçu la lettre portant sanction²¹.

Rappel de la procédure

17. Le 25 juin 2022, le requérant a déposé la requête à l'examen. Le défendeur a présenté une réponse le 29 juillet 2022.

18. Le 17 février 2023, le requérant a déposé une requête en mesures conservatoires demandant au Tribunal : i) de suspendre la mise en œuvre de la décision contestée ; ii) d'ordonner sa réintégration immédiate jusqu'à la fin de la procédure ; iii) de lui octroyer une indemnité équivalente à deux mois et demi de salaire de base net.

19. Le 1^{er} mars 2023, le défendeur a déposé une réponse à cette requête.

¹⁶ Ibid., pièce 38, p. 215.

¹⁷ Réponse, annexe 1.

¹⁸ Requête, annexe 19.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Requête, annexe 18.

²¹ Requête, annexe 23.

20. Par l'ordonnance n° 060 (NBI/2023), le Tribunal du contentieux administratif des Nations Unies (« le Tribunal ») a rejeté la requête en mesures conservatoires du requérant.

21. Par l'ordonnance n° 039 (NBI/2023) sur la gestion de l'affaire, le Tribunal a conclu que l'affaire pouvait être jugée sur la base du dossier, sans tenir d'audience, et a donné instruction à chaque partie de déposer leurs conclusions finales, ce qu'elles ont fait les 9 et 10 mars 2023.

Critères d'examen et charge de la preuve

22. Dans sa jurisprudence, le Tribunal d'appel des Nations Unies (« le Tribunal d'appel ») a fixé les principes suivants : aux fins d'établir si le Secrétaire général a correctement exercé le pouvoir discrétionnaire qui est le sien en matière administrative, le Tribunal du contentieux administratif doit déterminer si la décision prise est régulière, rationnelle, proportionnée et conforme aux règles de procédure. Le Tribunal peut chercher à savoir si des points importants ont été laissés de côté, si des points ne présentant aucun intérêt ont joué un rôle dans la décision contestée et si cette décision est absurde ou malveillante²².

23. Il n'appartient pas au Tribunal d'apprécier le bien-fondé du choix opéré par le Secrétaire général parmi les différentes possibilités qui s'offraient à lui, ni de substituer sa propre décision à celle du Secrétaire général. Ainsi, le Tribunal ne procède pas à un examen au fond, mais à un contrôle juridictionnel, qui porte davantage sur la manière dont le décideur est arrivé à la décision attaquée que sur le fond de la décision²³.

24. Le rôle du Tribunal consiste à déterminer si les faits sanctionnés ont été établis, si les droits du fonctionnaire à une procédure régulière ont été respectés tout au long

²² Arrêt *Sanwidi* (2010-UNAT-084) ; arrêt *Santos* (2014-UNAT-415), par. 30.

²³ Arrêt *Sanwidi*, op. cit., par. 42.

de l'instance, si les faits établis sont constitutifs d'une faute et si la sanction est proportionnelle à l'infraction²⁴.

25. Il appartient à l'Administration d'établir que la faute a été commise²⁵, et la faute doit être établie au moyen de preuves claires et convaincantes²⁶, ce qui signifie que la véracité des faits invoqués est fortement probable²⁷.

Les faits ayant donné lieu à la mesure disciplinaire ont-ils été établis par des preuves claires et convaincantes ?

Moyens du requérant

26. Le requérant admet qu'il a commis une erreur en soumettant la demande à Cigna. Il déclare [traduction non officielle] :

Je comprends que j'ai commis une erreur en soumettant la facture pour remboursement sans avoir au préalable vérifié directement auprès de l'USTH qu'elle était exacte à tous égards, étant donné que je n'étais pas présent lors du traitement de mon fils. C'était la première fois que je soumettais une demande de remboursement de frais médicaux et je n'ai pas lu attentivement l'attestation en ligne. Alors qu'il m'était demandé dans l'attestation de certifier que la demande était « à ma connaissance exacte et valable », – ce qui était le cas – j'assume la responsabilité, et je m'excuse, de ne pas avoir fait preuve de davantage de prudence à cet égard. Je comprends qu'à l'avenir il m'incombe de vérifier que toute demande de prestation ou d'indemnité est exacte et valable à tous égards. Je suis prêt à rembourser intégralement Cigna et à accepter une mesure administrative ou disciplinaire proportionnée afin de mettre un terme à cette malheureuse affaire²⁸.

27. Selon la déclaration ci-dessus, le requérant soutient qu'il n'a pas intentionnellement ou sciemment soumis de faux documents à Cigna en vue

²⁴ Arrêt *Mahdi* (2010-UNAT-018), par. 27 ; arrêt *Haniya* (2010-UNAT-024), par. 31 ; arrêt *Sanwidiop*, op. cit., par. 43 ; arrêt *Masri* (2010-UNAT-098), par. 30 ; arrêt *Portillo Moya* (2015-UNAT-523), par. 17 et 19 à 21 ; arrêt *Ibrahim* (2017-UNAT-776), par. 48 ; voir aussi arrêt *Mbaigolmem* (2018-UNAT-890), par. 15 et 16.

²⁵ Arrêt *Diabagate* (2014-UNAT-403).

²⁶ Arrêt *Molari* (2011-UNAT-164).

²⁷ Arrêt *Appelant* (2013-UNAT-302).

²⁸ Requête, annexe 18, par. 11.

d'un remboursement, et qu'il ne savait pas que les services médicaux en question n'avaient pas été dispensés à son fils²⁹.

28. Il précise que, vers la fin du mois de novembre 2019 ou au début du mois de décembre 2019, il a reçu un appel téléphonique de l'un de ses anciens beaux-frères, Hana Abdulla Al Hussain (« Hussain »), l'informant que BB avait subi une opération abdominale à l'USTH. Hussain a en outre déclaré qu'il avait payé tous les frais médicaux et a demandé un remboursement au requérant³⁰. Il a ensuite été convenu que Hussain enverrait la facture de l'hôpital et le rapport médical au requérant via WhatsApp. Cependant, comme le requérant n'avait pas de téléphone compatible avec WhatsApp, il a fourni à Hussain une autre ligne téléphonique qui appartenait à un parent éloigné appelé Hussain Abdulrahman Saleh (« Saleh »).

29. Quelques jours plus tard, M. Saleh a informé le requérant qu'il avait reçu plusieurs documents pêle-mêle sur son téléphone. Cependant, en les examinant, le requérant a constaté qu'il ne s'agissait que de la facture de l'hôpital et du rapport médical envoyés au format JPEG.

30. Le requérant affirme en outre ce qui suit :

Lorsque j'ai parcouru et vérifié les deux documents, ils m'ont semblé normaux et ne présenter aucune irrégularité, ni quant à leur format ou forme (ils portent un en-tête officiel qui montre clairement qu'ils émanent de l'USTH), ni quant à leur contenu, leurs détails ou leurs signatures officielles (ils sont signés et tamponnés comme tout autre document officiel normal et portent la signature des médecins traitants ou des spécialistes)³¹.

31. Le requérant soutient qu'il n'avait aucune raison de douter de l'authenticité des documents. Il déclare [traduction non officielle] :

Je n'avais AUCUNE raison de traiter les documents autrement et RIEN n'a éveillé ma suspicion ni ne m'a incité à les examiner, les vérifier ou les authentifier avec une diligence accrue. Je n'ai PAS eu un instant

²⁹ Ibid., par. 4.

³⁰ Requête, sect. VII, par. 1 et 2.

³¹ Ibid., par. 9.

l'idée que ce type de document pourrait avoir été falsifié (d'une manière ou d'une autre) ; c'est une question à laquelle je n'aurais jamais pensé et que je n'aurais donc jamais pu anticiper³² !

32. Le requérant affirme en outre qu'il ne doutait pas de l'authenticité des documents parce que son fils avait souffert de problèmes abdominaux et gastriques récurrents pendant des années.

33. Après avoir reçu les documents médicaux, le requérant a pris des dispositions pour rembourser son beau-frère comme cela lui avait été demandé. En conséquence, il a envoyé un montant total de 3 400 000 YER, par l'intermédiaire d'un parent éloigné appelé Fuad Ahmed Baidhani Al Doubani (« Al Doubani »). Quelques jours plus tard, Al Doubani a confirmé au requérant qu'il avait remis l'argent et qu'il avait même vu son fils, qui se portait bien³³.

34. Après avoir remboursé son beau-frère, le requérant a introduit une demande de remboursement auprès de Cigna. Il a soumis les documents avec « la forme, le format et la taille qu'ils avaient, tels qu'il les avait reçus de la source »³⁴.

35. Compte tenu de ce qui précède, le requérant soutient que l'Administration n'a pas clairement établi que son fils n'avait pas reçu de traitement à l'USTH. L'hôpital a perdu toutes les données relatives aux patients et à la facturation pour la période en question. La perte de données est liée à la situation politique au Yémen. L'hôpital n'a ni confirmé ni infirmé que son fils était bien un patient aux dates indiquées sur la facture³⁵. Par conséquent, étant donné que l'Administration ne peut pas confirmer que son fils a ou n'a pas reçu de traitement de l'USTH, l'allégation de « services médicaux non reçus » n'a pas été établie par des preuves claires et convaincantes³⁶.

36. En outre, le requérant soutient que l'Administration n'a pas établi qu'il avait sciemment soumis une fausse facture ou un faux rapport médical. Il admet qu'il aurait

³² Ibid., par. 10.

³³ Ibid., par. 13 à 15.

³⁴ Ibid., par. 16.

³⁵ Requête, annexe 18, par. 31 à 33.

³⁶ Ibid., par. 36.

dû faire preuve de plus de prudence pour s'assurer de l'authenticité des documents, mais fait valoir qu'il n'a pas remarqué d'irrégularités visuelles sur les documents³⁷.

Moyens du défendeur

37. Le défendeur avance que des preuves claires et convaincantes établissent que le requérant a commis une fraude en présentant de fausses demandes de remboursement de frais médicaux à Cigna au titre de prestations médicales qui n'avaient pas été reçues et des dépenses qui n'ont pas été encourues³⁸.

38. Le défendeur fait valoir que les éléments de preuve permettent d'établir que la facture de frais médicaux et le rapport médical n'étaient pas authentiques et que, par conséquent, les prestations médicales soi-disant reçues par le fils du requérant ne l'ont en réalité pas été, pas plus que les dépenses associées n'ont été encourues. À cet égard, l'USTH a fourni une lettre officielle tamponnée datée du 19 octobre 2020³⁹ émanant du service de la comptabilité patients du bureau des entrées de l'hôpital, indiquant que la facture et le rapport médical en question n'étaient pas authentiques et soulignant cinq anomalies dans ces documents. Selon l'USTH, la facture comprenait des éléments qui ne figurent pas habituellement dans ses factures, notamment des facturations détaillées pour l'intervention chirurgicale et la salle des urgences. L'hôpital a également souligné que les différentes facturations détaillées avaient été mal calculées par rapport au total dû, puisque les montants auraient dû s'élever à 3 451 499 YER et non à 3 451 649 YER, ce qui n'arriverait pas dans le cas d'une facture authentique de l'USTH, générée au moyen d'un système informatisé de comptabilisation et de calcul.

39. Le défendeur soutient en outre que l'USTH a déclaré qu'il était irrégulier que la facture ne fasse pas apparaître la déduction d'un paiement anticipé de Cigna. L'USTH a indiqué qu'elle avait conclu un accord avec Cigna et que, par conséquent, les patients ne payaient à l'hôpital que le montant non couvert par l'assurance⁴⁰.

³⁷ Ibid., par. 37.

³⁸ Réponse, par. 3.

³⁹ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 26, p. 175.

⁴⁰ Ibid.

Il a également indiqué que le cachet apposé sur la facture soumise par le requérant était daté du 2 décembre 2019, soit une autre date que celle de l'émission de la facture, le 28 novembre 2019, et que cela n'était pas conforme à sa pratique en matière d'émission de factures, car il tamponne normalement la facture le jour où il l'émet⁴¹. Il a enfin indiqué que le rapport médical n'avait pas été établi par ses soins⁴².

40. Compte tenu de ce qui précède, le défendeur affirme qu'en certifiant à Cigna que les informations qu'il soumettait étaient « exactes et valables », le requérant reconnaissait qu'il avait connaissance du contenu de la demande de remboursement et attestait de son authenticité. S'il avait eu des incertitudes ou des doutes sur l'authenticité des documents, il n'aurait eu aucun motif de certifier le contraire. En tout état de cause, les éléments de preuve montrent clairement que le requérant était en fait conscient du caractère mensonger de la facture et du rapport médical lorsqu'il les a soumis à Cigna. Lors d'une conversation qu'il a eue avec deux collègues, M. Tareq Gholasi, analyste des opérations au PNUD (Yémen), et M^{me} Samar Bustanji, analyste des ressources humaines au PNUD (Yémen), le requérant a admis que son fils n'avait pas reçu les traitements indiqués dans la facture et le rapport médical qu'il avait soumis à Cigna⁴³.

41. Au cours de l'enquête, M. Gholasi a déclaré que le requérant l'avait appelé après avoir reçu la lettre proposant des options. Pour ne pas se retrouver à parler seul avec le requérant, M. Gholasi a demandé à M^{me} Bustanji de se joindre à cette conversation. M. Gholasi a informé les enquêteurs qu'au cours de l'échange, le requérant lui avait dit que son fils n'avait pas subi d'intervention chirurgicale à l'USTH, mais qu'il soumettait la demande de remboursement à l'avance pour couvrir un traitement futur que son fils pourrait recevoir. M^{me} Bustanji a confirmé l'aveu du requérant aux enquêteurs, en précisant que, lors de cette discussion, le requérant avait

⁴¹ Ibid.

⁴² Réponse, annexe 2, pièce à conviction 32, p. 198.

⁴³ Ibid., pièce 19, par. 10, p.129 et pièce à conviction 23, p.162.

admis que quelqu'un à l'hôpital lui avait fourni la facture et le rapport médical, dont il savait qu'ils n'étaient pas authentiques.

42. Le défendeur soutient que la connaissance du requérant du caractère frauduleux des factures est également confirmée par le fait qu'il a donné des informations incohérentes et inexactes au cours de l'enquête sur la manière dont il a reçu la facture et le rapport médical. À cet égard, pendant l'enquête, le requérant a affirmé avoir reçu la facture et le rapport médical de son ancien beau-frère, qui les a envoyés via WhatsApp à un parent éloigné, M. Saleh, qui les a ensuite remis au requérant. Lors de son entretien avec le Bureau de l'audit et des investigations, M. Saleh n'a pas confirmé la version des faits du requérant. Il a dit avoir reçu « des photos concernant certains traitements médicaux et une facture du beau-frère du requérant », mais les documents qu'il a reçus étaient « en anglais et difficiles à lire en raison de la petite taille des caractères »⁴⁴. Les documents en question, que le requérant affirme avoir reçus par l'intermédiaire de M. Saleh, étaient rédigés en arabe, et non en anglais, et ne pouvaient donc pas être ceux auxquels M. Saleh faisait référence. M. Saleh n'avait aucune trace de la réception des documents anglais et ne pouvait pas non plus se souvenir de la date à laquelle ils les avaient reçus⁴⁵.

43. Le défendeur soutient en outre qu'il existe des contradictions entre les déclarations de M. Saleh et celles du requérant. M. Saleh a déclaré que le requérant lui avait donné le numéro de téléphone de son ancien beau-frère, pour qu'il puisse recevoir les documents de sa part. Cependant, lorsque le Bureau de l'audit et des investigations a demandé au requérant le numéro de téléphone de son ancien beau-frère ou les coordonnées de son ex-femme, le requérant a déclaré qu'il n'avait « aucun contact avec lui » et a répété au Bureau qu'il n'avait « aucun numéro », ni pour son ancien beau-frère ni pour son ex-femme⁴⁶. La déclaration du requérant à cet égard remet en question la déclaration de M. Saleh, qui affirme que le requérant lui a donné le numéro de téléphone de son ancien beau-frère, ainsi que la version des faits donné

⁴⁴ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 34, par. 4, p. 206.

⁴⁵ Ibid., pièces à conviction 34, 30 et 5.

⁴⁶ Ibid., pièce à conviction 10, par. 254, p. 99.

par le requérant lui-même, car on ne voit pas comment il aurait pu être informé du traitement médical de son fils, recevoir la facture et le rapport médical, et transférer l'argent qui lui a été remboursé par Cigna s'il n'avait aucun contact avec son ex-femme ou sa famille, ni même de numéro de téléphone pour les contacter.

44. De même, les affirmations du requérant selon lesquelles il avait envoyé l'argent remboursé par Cigna à son ex-femme par l'intermédiaire d'un ami de la famille, M. Al Doubani, ne sont pas cohérentes avec sa version des faits. Interrogé par le Bureau de l'audit et des investigations, M. Al Doubani a indiqué qu'il n'avait envoyé que 1 000 dollars des États-Unis au nom du requérant au cours de l'année précédant son entretien avec le Bureau, qui a eu lieu le 17 mars 2021, mais au frère du requérant, Faris, et non à l'ex-femme du requérant ou à sa famille⁴⁷. En outre, M. Al Doubani ne se souvient pas d'avoir effectué de transfert d'un montant de 6 000 dollars des États-Unis ou d'un montant proche, à qui que ce soit, et il n'a pas non plus confirmé avoir remis une somme quelconque à l'ex-femme ou à l'ancien beau-frère du requérant. En effet, il a dit ne pas même connaître le nom de l'ancien beau-frère du requérant⁴⁸.

45. Compte tenu du récit des événements ci-dessus, le défendeur maintient qu'il existe des preuves claires et convaincantes, qui ne sont pas réfutées par le requérant, et qui confirment le fait que le requérant a commis une faute en soumettant une demande de remboursement frauduleuse pour des services médicaux qui n'avaient jamais été prodigués.

Examen

46. Il convient de noter au préalable que le requérant, dans ses conclusions finales, a insisté sur la tenue d'une audience, notamment pour entendre Fuad, Hussain et Mohammed Abdulraqueeb. Le Tribunal confirme qu'une audience n'est pas nécessaire, pour les raisons spécifiquement indiquées ci-dessous et aussi parce que les faits à examiner sont présentés dans le dossier de l'affaire, en particulier les factures

⁴⁷ Ibid., pièce à conviction 34, par. 10, p. 207.

⁴⁸ Ibid.

médicales soumises et le rapport médical sur lequel le requérant avait fondé sa demande de remboursement.

47. La requête est infondée.

48. Le requérant admet avoir transmis la facture et le rapport médical en question à Cigna en vue d'un remboursement, mais il nie que les documents aient été falsifiés et avance, à titre subsidiaire visiblement, que s'ils sont effectivement falsifiés, il ne le savait pas quand il les a transmis à Cigna.

49. Les éléments de preuve permettent d'établir que la facture et le rapport médical ne sont pas authentiques.

50. En effet, l'USTH, à savoir l'hôpital où le fils du requérant aurait reçu les prétendus services médicaux, a déclaré dans une lettre officielle de son service de la comptabilité patients du bureau des admissions, que la facture et le rapport médical en question n'émanaient pas de l'USTH et qu'ils n'étaient pas authentiques. La lettre soulignait un certain nombre de divergences entre les documents transmis par le requérant à Cigna et les factures et rapports médicaux authentiques de l'USTH.

51. Le requérant a certifié à Cigna que les informations qu'il soumettait étaient exactes et valables et, par conséquent, il reconnaissait être au courant du contenu de la demande de remboursement de frais médicaux et qu'il attestait de son authenticité.

52. 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.

53. En effet, si la falsification n'est pas le fait du requérant, elle aurait prétendument dû être commise par d'autres personnes ayant un intérêt à recevoir le remboursement, son ex-épouse ou l'ancien beau-frère du requérant qui a envoyé les documents au requérant ; même à admettre que le requérant n'a pas commis lui-même la falsification ou n'y a pas participé, il a assumé la responsabilité de l'utilisation indue de documents reçus par d'autres personnes, quand bien même la falsification a été faite à son insu.

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

55. Le requérant prétend qu'il n'était pas au courant de l'inauthenticité des documents, au motif que la facture concernait une prise en charge chirurgicale dont a bénéficié son fils et qu'il n'était pas présent ; il avance également que son ex-femme et son ancien beau-frère lui ont communiqué ultérieurement la facture et le rapport médical, qu'il a par la suite transmis à Cigna pour remboursement.

56. Outre le fait que les enquêteurs n'ont pas pu confirmer les informations données par le requérant sur la manière dont il a reçu la facture et le rapport médical de son ancien beau-frère, la situation, même si elle était vraie, n'exclurait pas la responsabilité du requérant pour les raisons mentionnées ci-dessus.

57. Pour atténuer cette responsabilité, le requérant aurait dû démontrer que l'intervention médicale avait eu lieu, qu'un paiement avait été demandé sur présentation d'une véritable facture de l'hôpital, et qu'il avait réglé les frais d'intervention.

58. Le défendeur met en doute l'ensemble de ces faits et le Tribunal est du même avis.

59. S'agissant l'intervention médicale, aucune preuve n'a été présentée quant à l'efficacité du traitement : si l'on exclut la fausse facture et le faux rapport médical, aucun document ou élément de preuve n'a été fourni concernant la pathologie spécifique dont souffrait le fils du requérant ni sur le type et la date de l'intervention chirurgicale ; aucune déclaration de médecin ou d'infirmier ou même d'autres membres du personnel de l'hôpital n'a été fournie, pas même par l'ex-femme du requérant et le frère de celle-ci, qui auraient été présents lors de l'intervention, ni par le fils du requérant ; et aucun rapport médical n'a été établi après l'intervention chirurgicale alléguée.

60. Le requérant a affirmé de manière générique, à plusieurs reprises, que son fils souffrait de problèmes gastriques, de problèmes intestinaux, d'une maladie du pancréas, de problèmes abdominaux, sans préciser pourquoi son fils avait subi une intervention chirurgicale ; il a également déclaré au Bureau de l'audit et des investigations (voir la réponse à la question, ligne 100 de l'entretien dans le rapport d'enquête) qu'il ne savait pas que (son fils) avait été admis à l'hôpital.

61. Il semble également anormal que la participation du requérant à l'affaire ne soit survenue que plusieurs semaines après l'intervention chirurgicale alléguée (afin de réclamer un remboursement des coûts de l'intervention) et non pas avant l'intervention elle-même.

62. Le requérant, dans ses conclusions finales, a demandé avec insistance la tenue d'une audience pour que soit entendu Mohammed Abduraqeeb, le médecin qui suivait son fils et qui pourrait témoigner de manière générale sur ses problèmes médicaux. Le Tribunal estime que le témoignage demandé n'est pas pertinent car il n'est pas lié spécifiquement à l'intervention chirurgicale, mais à un état de santé général qui n'est pas en jeu.

63. Le défendeur souligne que le requérant a admis qu'il savait que la demande de remboursement des frais médicaux était fausse lorsqu'il l'a soumise à Cigna car il avait déclaré lors d'une conversation avec deux collègues, M. Gholasi, analyste des opérations au PNUD (Yémen), et M^{me} Bustanji, analyste des ressources humaines au PNUD (Yémen), que son fils n'avait pas reçu les traitements mentionnés dans la facture et le rapport médical.

64. Le Tribunal estime que les déclarations de M. Gholasi et de M^{me} Bustanji sont crédibles, étant donné que ni l'un ni l'autre n'avait de motif de mentir et que tous deux ont fourni des déclarations distinctes et cohérentes sur leur conversation avec le requérant et sur son admission du comportement en cause, ce qui corrobore chacune de leurs déclarations. Ces déclarations confirment les éléments de preuve déjà recueillis dans cette affaire.

65. S'agissant du coût de l'intervention alléguée, si l'on exclut les faux documents, d'une part, aucun autre document n'a été produit concernant une éventuelle demande de paiement de la part de l'hôpital, et d'autre part, aucun élément de preuve (et pas même d'allégation) n'a été fourni par le requérant quant au paiement proprement dit à l'hôpital, élément crucial dans le cadre d'un litige concernant une demande de remboursement. Lorsqu'il a été entendu par le Bureau de l'audit et des investigations (voir paragraphe 51 du rapport d'enquête), le requérant lui-même a admis qu'il ne savait pas comment ils avaient payé la facture ni ce qu'ils avaient fait.

66. Enfin, le requérant a prétendu avoir assumé le coût de l'intervention chirurgicale, faisant référence aux montants indiqués sur la fausse facture, mais les éléments de preuve produits concernant ce paiement ne sont pas du tout convaincants.

67. Il est en effet difficile d'imaginer qu'un père ne s'intéresse pas à la santé de son fils (qui vit avec la famille de la mère) au moment de l'intervention (voir le paragraphe 50 du rapport du Bureau de l'audit et des investigations, en particulier, où le requérant rappelle qu'à l'époque il ne pouvait même pas joindre son fils ou parler avec la famille de son ex-femme et qu'il n'avait pas vu son fils depuis trois ans parce qu'ils ne le laissaient pas voir son fils) mais qu'il s'empresse pourtant de payer ses frais médicaux après des semaines.

68. En outre, il est difficile d'envisager un paiement en espèces d'une importante somme (plus de 6 000 dollars des États-Unis) à transporter par des tiers dans une région éloignée d'un pays en proie à de nombreux problèmes de sécurité. Nonobstant le fait que le requérant a été invité par le Bureau de l'audit et des investigations à fournir des preuves montrant qu'il a prélevé l'argent sur ses économies, dont il a allégué qu'elles comptaient plus de 3 millions de YER en espèces non pas dans une banque (la banque où il perçoit le salaire des Nations Unies) mais conservés à la maison et accumulés au fil du temps (comme le requérant l'a déclaré au Bureau de l'audit et des investigations : voir le rapport d'enquête, paragraphe 49), le Tribunal note que M. Al Doubani (la personne qui aurait transporté et remis l'argent) n'a pas confirmé

les faits aux enquêteurs ; compte tenu de l'importance de la somme en jeu, il est très improbable que M. Al Doubani ne se souvienne pas de la transaction, s'il avait effectué un tel transfert.

69. Au vu des déclarations faites par cette personne au Bureau de l'audit et des investigations, le Tribunal estime qu'il n'est pas utile d'entendre son témoignage comme le demande le requérant. De plus, le Tribunal note que le requérant aurait souhaité contre-interroger le témoin, alors que ce dernier (compte tenu de l'intérêt des parties à l'entendre et de la charge de la preuve du paiement incombant au requérant) aurait en théorie été appelé par le requérant à faire l'objet d'un interrogatoire en chef.

70. Dans l'arrêt *Asghar*⁴⁹, 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.

71. En résumé, des preuves claires et convaincantes viennent établir que le requérant a commis une faute en déposant une demande frauduleuse

⁴⁹ Arrêt *Asghar* (2020-UNAT-982), par. 35 et 36.

de remboursement de frais médicaux pour des prestations médicales qui n'avaient pas eu lieu.

Les faits établis constituent-ils une faute ?

Moyens du requérant

72. Le requérant n'aborde pas spécifiquement la question de savoir si ses actions peuvent ou ne peuvent pas être qualifiées de faute. Il ne conteste pas, dans sa requête, que si la commission des actes allégués avait été établie, elle aurait constitué une faute. Il admet cependant que ses actions pourraient être considérées comme une erreur commise sans qu'il le sache, par inadvertance et de façon involontaire, au sujet de la demande de remboursement de frais médicaux soumise à Cigna⁵⁰.

Moyens du défendeur

73. Le défendeur estime que le requérant a commis une faute grave qui justifiait l'imposition de la sanction de licenciement sans indemnités de départ⁵¹. Le requérant a commis une fraude, soit une conduite prohibée par les politiques et règles du PNUD⁵².

Examen

74. Le Tribunal est d'avis que le comportement du requérant relève de ce que la Politique du PNUD contre la fraude et autres pratiques de corruption (adoptée en octobre 2018)⁵³ 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 ».

⁵⁰ Requête, sect. IX, par. 7.

⁵¹ Réponse, par. 33.

⁵² Réponse, par. 12.

⁵³ Réponse, annexe 3.

L'enquête et l'instance disciplinaire ayant abouti à la sanction infligée au requérant étaient-elles entachées de violations des garanties d'une procédure régulière ?

Moyens du requérant

75. Le requérant fait valoir que son droit à une procédure régulière a été bafoué pendant l'enquête⁵⁴. Il soutient que le PNUD a commis de multiples violations des droits de la défense avant et pendant l'enquête. La série de violations a commencé avec la lettre présentant des options, qui était entièrement basée sur le signalement de fraude possible établi par Cigna. Dans le cadre réglementaire de l'Organisation des Nations Unies, les tiers administrateurs des régimes d'assurance maladie tels que Cigna ne sont pas compétents pour enquêter sur les fraudes, ils se contentent de mettre en évidence les fraudes potentielles et d'en référer à l'Administration. Or, dans son cas, sur la seule base du signalement de Cigna, il a reçu une lettre présentant des options lui demandant de décider, dans un délai de trois jours, soit de démissionner immédiatement et d'être exclu de tout emploi futur au sein de l'Organisation, soit de faire l'objet d'une enquête approfondie. La lettre présentant des options ne l'a pas informé de son droit à demander l'assistance d'un conseil.

76. Le requérant conteste également les déclarations faites par M. Gholasi et M^{me} Bustanji au cours de l'enquête. Il déclare avoir contacté M. Gholasi pour s'enquérir de la disponibilité d'un conseil à l'ONU qui pourrait l'aider à répondre à la lettre présentant des options. Au lieu de l'aider à obtenir un conseil, M. Gholasi a essayé de lui soutirer des informations. Il a également fait pression sur M^{me} Bustanji pour qu'elle fasse de même. L'Administration considère les propos qu'il aurait tenus à l'égard de M. Gholasi et de M^{me} Bustanji, et qu'il nie, comme un aveu de culpabilité. Il convient de noter que M^{me} Bustanji a refusé de signer son témoignage. Donc, non seulement la déclaration n'est pas assermentée, mais elle n'a pas même été assumée par le témoin lui-même et n'a aucune valeur probante. Il ne reste par conséquent que

⁵⁴ Requête, annexe 18, par. 10.

la déclaration de M. Gholasi et le requérant maintient que celui-ci ment et a des motifs cachés.

77. Le requérant affirme en outre qu'il n'a pas bénéficié d'une procédure régulière parce que le Bureau de l'audit et des investigations a refusé ses demandes répétées d'interroger un troisième témoin (Mohammed Abdurqaeb) qui a une connaissance détaillée des problèmes de santé de son fils⁵⁵. Le Bureau de l'audit et des investigations a justifié son refus par le fait que M. Abdurqaeb n'avait pas connaissance de la demande d'indemnisation du requérant. En guise de recours, le requérant a demandé au Tribunal d'approuver sa demande d'audience pour que soit entendu M. Abdurqaeb⁵⁶.

78. Le requérant affirme également que ses droits de la défense ont été bafoués parce que, le 25 mars 2021, le Bureau de l'audit et des investigations lui a envoyé le projet de rapport d'enquête pour qu'il fasse part de ses observations. Ni le courriel d'accompagnement ni la lettre d'accompagnement du projet de rapport d'enquête ne l'ont informé de son droit à se faire représenter par un conseil. La lettre d'accompagnement indiquait seulement que le rapport était strictement confidentiel et ne pouvait faire l'objet de discussion avec d'autres personnes.

Moyens du défendeur

79. Le défendeur estime que le droit du requérant à une procédure régulière a été respecté durant l'enquête et la procédure disciplinaire. Invoquant l'arrêt rendu dans l'affaire *Applicant*⁵⁷, le défendeur fait valoir que les éléments essentiels du droit d'un fonctionnaire à une procédure régulière sont satisfaits lorsque l'intéressé a été pleinement informé des accusations portées contre lui, de l'identité de ses accusateurs et de leur témoignage ; ces éléments réunis, il est en mesure d'organiser sa défense et

⁵⁵ Requête, annexe 24, par. 64.

⁵⁶ Requête, sect. IX, par. 4.

⁵⁷ Arrêt *Applicant*, 2013-UNAT-302, par. 39.

de mettre en doute la véracité de leur déclaration. En l'espèce, cette obligation a été pleinement respectée.

80. En réponse à l'affirmation du requérant selon laquelle le Bureau de l'audit et des investigations a refusé d'interroger M. Abdulraqueeb, le défendeur déclare qu'en désignant M. Abdulraqueeb comme témoin, le requérant a indiqué au Bureau de l'audit et des investigations que ce témoin était un parent et un ami et qu'il avait une connaissance détaillée des problèmes de santé de son fils. Toutefois, la question n'est pas de savoir si le fils du requérant avait des problèmes de santé, mais si les demandes de remboursement et les factures médicales en question étaient authentiques. Le requérant n'a pas indiqué que M. Abdulraqueeb avait connaissance des demandes de remboursement de frais médicaux en question ou qu'il était présent lorsque son fils a été hospitalisé à l'USTH pendant le séjour indiqué dans la facture et le rapport médical⁵⁸. En conséquence, étant donné que le requérant n'a pas même allégué une base pertinente pour l'audition de M. Abdulraqueeb, il était raisonnable que le Bureau de l'audit et des investigations estime qu'il n'était pas un témoin pertinent et qu'il n'avait pas besoin d'être interrogé. Le défendeur soutient qu'en vertu de l'arrêt *Belkhabbaz*⁵⁹, le Bureau de l'audit et des investigations n'a que le devoir d'interroger les témoins pertinents et qu'il peut limiter le nombre de témoins interrogés pour des motifs raisonnables et appropriés.

Examen

81. Les droits du requérant à une procédure régulière a été respecté au cours de l'enquête et de la procédure disciplinaire, et l'argument du requérant selon lequel son droit à une procédure régulière n'a pas été respecté parce que le Bureau de l'audit et des investigations n'a pas interrogé l'un des témoins qu'il avait cités (M. Mohammed Abdulraqueeb), qui aurait eu connaissance des problèmes de santé de son fils, est dénué de fondement. Le Bureau de l'audit et des investigations a déterminé si M. Abdulraqueeb possédait des informations susceptibles d'être utiles à

⁵⁸ Réponse, par. 32.

⁵⁹ Arrêt *Belkhabbaz* (2018-UNAT-873), par. 77.

l'enquête sur la base de ce que le requérant lui avait déclaré au sujet de ce que M. Abdulraqueeb savait et a décidé de ne pas l'interroger car il n'avait pas été présenté comme ayant connaissance de la demande d'indemnisation du requérant. Étant donné que le requérant n'a pas même allégué une base pertinente pour l'audition de M. Abdulraqueeb, il était raisonnable que le Bureau de l'audit et des investigations détermine que ce n'était pas un témoin pertinent et qu'il n'était pas nécessaire de l'interroger.

La sanction est-elle proportionnée à la faute ?

82. Le requérant soutient que la sanction est extrêmement flagrante, partielle et injuste⁶⁰. Toutefois, en fonction des conclusions du Tribunal, il est prêt à accepter une mesure administrative ou disciplinaire proportionnée pour toute erreur qu'il aurait commise sans le savoir, par inadvertance et de façon involontaire, au sujet de la demande d'indemnisation soumise à Cigna⁶¹.

83. Le Tribunal estime que la mesure imposée était raisonnable et non disproportionnée. En tout état de cause, la sanction est conforme à la pratique du PNUD dans d'autres cas de fraude. En outre, en décidant de cette mesure, le PNUD a pris en compte toutes les circonstances atténuantes et aggravantes pertinentes.

Examen

84. Le Tribunal estime que la mesure imposée était raisonnable et non disproportionnée. 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. Ces mesures ont été jugées proportionnées en cas de comportement frauduleux, car la fraude porte atteinte à l'intégrité même de l'Organisation⁶².

⁶⁰ Requête, sect. VIII, par. 7.

⁶¹ Ibid., section IX, par. 7, p. 10.

⁶² Arrêt Jaber *et al.* (2016-UNAT-634), par. 27.

85. 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 personnel⁶³.

Dispositif

86. Compte tenu de ce qui précède, la requête est rejetée.

(Signé)

Francesco Buffa, juge

Ainsi jugé le 29 mai 2023

Enregistré au Greffe le 29 mai 2023

(Signé)

Abena Kwakye-Berko, greffière, Nairobi

⁶³Jugement *Diallo* (UNDT/2021/064), par. 63 ; voir aussi arrêt *Madhi* (2010-UNAT-018).