



TRIBUNAL DU CONTENTIEUX
ADMINISTRATIF DES NATIONS UNIES

Affaire n° : UNDT/NBI/2022/054

Jugement n° : UNDT/2023/038

Date : 29 mai 2023

Original : anglais

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

ABDULRASOOL

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 auxiliaire Communication radio de classe G-6 qui travaillait pour le Programme des Nations Unies pour le développement (le « PNUD ») à Sanaa (Yémen), conteste la mesure disciplinaire de cessation de service avec indemnité tenant lieu de préavis et sans indemnité de licenciement qui lui a été imposée par l'Administration 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 personnel¹.

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 »), qui est une compagnie d'assurances, gère ce régime 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 par Cigna³.

4. Le 19 juin 2019, le requérant a présenté une demande de remboursement à Cigna au titre de frais médicaux qui, selon lui, avaient été engagés du 2 au 8 juin 2019⁴.

¹ Requête, annexe 1.

² Réponse, sect. B, par. 6.

³ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 5, p. 43.

⁴ Ibid., p. 54.

Le requérant a joint à la demande une facture datée du 17 juin 2019 d'un montant total de 3 520 000 riyals yéménites et un certificat médical daté du 8 juin 2019 indiquant que son épouse, M^{me} AA, avait été hospitalisée du 2 au 8 juin 2019 à l'hôpital de l'université de science et de technologie (« USTH »), établissement de santé de Sanaa (Yémen). Il était indiqué sur la facture que l'intéressée avait été hospitalisée aux urgences et avait fait l'objet de radiographies, d'analyses de laboratoire, d'un cathétérisme cardiaque à visée diagnostique et d'une pose de stent coronaire⁵. Le certificat médical indiquait que M^{me} AA avait souffert d'une obstruction de l'aorte coronaire et qu'il était recommandé qu'elle subisse un cathétérisme cardiaque et que lui soit posé chirurgicalement un stent cardiaque⁶.

5. Le requérant a demandé à Cigna le remboursement des frais, d'un montant total de 3 520 000 riyals yéménites (équivalant à cette date à 6 834,02 dollars des États-Unis)⁷.

6. Le 11 juillet 2019, Cigna a remboursé au requérant la somme de 5 474,15 dollars des États-Unis par virement sur le compte bancaire de l'intéressé⁸.

7. Après le remboursement, Cigna a engagé ce que la compagnie appelle un « exercice ciblé d'exploration de données » concernant des demandes de remboursement antérieures provenant de l'USTH après la découverte d'irrégularités dans une autre demande concernant un autre fonctionnaire du PNUD⁹. À ce titre, Cigna a enquêté et a notamment établi que le requérant avait présenté une demande frauduleuse de remboursement de frais médicaux¹⁰.

⁵ Ibid., pièce à conviction 5.

⁶ Ibid., pièce à conviction 9, p. 102.

⁷ Ibid., pièce à conviction 5, p. 51.

⁸ Ibid., p. 54.

⁹ Ibid., p. 44.

¹⁰ Réponse, annexe 1 (rapport d'enquête), par. 22.

8. Le 30 juillet 2020, l'enquêteur de Cigna chargé des fraudes a transmis le dossier d'enquête concernant le requérant (F20211) au Bureau de l'audit et des investigations du PNUD (« le Bureau »)¹¹.

9. À réception du dossier d'enquête de Cigna, le 8 septembre 2020, le PNUD a communiqué au requérant une lettre (la « lettre proposant des options ») l'informant des conclusions de Cigna. Dans ladite lettre, il était donné au requérant trois jours ouvrables pour choisir entre la conduite par le Bureau de l'audit et des investigations d'une enquête complète sur la faute alléguée ou une démission volontaire. Dans le cadre de la deuxième option, le requérant s'engagerait en outre à ne pas chercher à obtenir de contrats ou d'emploi futurs avec le PNUD ou avec toute autre organisation du système des Nations Unies et ne se livrerait pas à des activités l'autorisant à être bénéficiaire de fonds du PNUD en tant que membre du personnel, fournisseur, sous-traitant ou bénéficiaire d'une subvention¹².

10. Le 10 septembre 2020, le requérant a répondu au PNUD et choisi la première option. En conséquence, le Bureau de l'audit et des investigations a commencé son enquête¹³.

11. Le 9 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 en vue d'un remboursement¹⁴.

12. Le requérant a été interrogé par le Bureau de l'audit et des investigations le 16 novembre 2020¹⁵. Pendant l'entretien, le requérant a reconnu avoir envoyé

¹¹ Ibid., par. 3.

¹² Réponse, annexe 2, pièce à conviction 13, p. 117 à 122.

¹³ Requête, sect. VII, par. 3.

¹⁴ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 6, p. 59.

¹⁵ Ibid., pièce à conviction 8, p. 67.

la facture à Cigna, mais a maintenu qu'il n'y avait aucune erreur dans les documents qu'il avait envoyés à l'organisme¹⁶.

13. Le 26 mars 2021, le Bureau de l'audit et des investigations a communiqué un projet de rapport d'enquête au requérant pour examen et observations par celui-ci¹⁷ et le requérant a fourni ses observations le 5 avril 2021¹⁸.

14. Le Bureau de l'audit et des investigations a produit son rapport d'enquête définitif le 22 avril 2021¹⁹. Le Bureau a établi que le requérant avait présenté à Cigna une demande de remboursement datée du 19 juin 2019, en y joignant une facture et un certificat médical qui étaient frauduleux²⁰.

15. Le 22 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 PNUD²¹. Le requérant disposait de 10 jours pour répondre aux accusations et présenter des éléments de preuve à décharge²².

16. Le 17 janvier 2022, le requérant a déposé sa réponse, dans laquelle il niait avoir transmis en connaissance de cause des documents et des renseignements falsifiés à Cigna²³.

17. Le 25 mars 2022, le requérant a reçu la lettre portant sanction²⁴.

Rappel de la procédure

18. Le 21 juin 2022, le requérant a déposé la requête à l'examen.

¹⁶ Ibid., p. 77, ligne 122.

¹⁷ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 25, p. 164.

¹⁸ Réponse, annexe 1, par. 7.

¹⁹ Réponse, annexe 1.

²⁰ Ibid., par. 60.

²¹ Réponse, annexe 3.

²² Ibid., sect. III.

²³ Requête, annexe 2, par. 26 à 35.

²⁴ Requête, annexe 1.

19. Le défendeur a présenté une réponse le 29 juillet 2022.

20. Par l'ordonnance n° 040 (NBI/2023) du 15 février 2023, le Tribunal du contentieux administratif des Nations Unies (« 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 ses conclusions finales.

21. Le défendeur s'est exécuté et a déposé ses conclusions finales le 9 mars 2023. Le requérant ne s'est pas conformé à l'ordonnance et n'a pas déposé ses conclusions.

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 malveillante²⁵.

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 décision²⁶.

24. Le rôle du Tribunal consiste à déterminer si les faits sanctionnés ont été établis, si les faits établis sont constitutifs d'une faute, si les droits du fonctionnaire à

²⁵ Arrêt *Sanwidi* (2010-UNAT-084) ; Arrêt *Santos* (2014-UNAT-415), par. 30.

²⁶ Arrêt *Sanwidi*, voir supra, par. 42.

une procédure régulière ont été respectés tout au long de l'instance et si la sanction est proportionnelle à l'infraction²⁷.

25. Il appartient à l'Administration d'établir que la faute a été commise²⁸, et la faute doit être établie au moyen de preuves claires et convaincantes²⁹, ce qui signifie que la véracité des faits invoqués est fortement probable³⁰.

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 fait valoir que, pendant la période en question, son épouse et lui ne vivaient pas ensemble en raison d'un différend conjugal et d'autres problèmes familiaux³¹. Durant cette période de séparation, le requérant a reçu un appel téléphonique de l'un des frères de son épouse l'informant que les médecins sur place avaient recommandé que son épouse se fasse poser un stent cardiaque de toute urgence et que, sur le fondement de cette recommandation, ils avaient fait faire l'opération à l'USTH³².

27. Le requérant avance également que sa belle-famille lui a ensuite communiqué 11 documents, signés et tamponnés par l'hôpital. Il déclare [traduction non officielle] :

À aucun moment je n'ai pensé qu'ils pouvaient ne pas être authentiques. De plus, la situation dans son ensemble paraissait raisonnable compte tenu de ce que je savais de la pathologie cardiaque de mon épouse. Par conséquent, j'ai ensuite transmis de bonne foi les demandes de remboursement de frais médicaux à Cigna sur le portail de

²⁷ Arrêt *Mahdi* (2010-UNAT-018), par. 27 ; arrêt *Haniya* (2010-UNAT-024), par. 31 ; arrêt *Sanwidi*, voir supra, 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.

²⁸ Arrêt *Diabagate* (2014-UNAT-403).

²⁹ Arrêt *Molari* (2011-UNAT-164).

³⁰ Arrêt *Appellant* (2013-UNAT-302).

³¹ Ibid., par. 28.

³² Ibid., par. 31.

remboursement en ligne de l'organisme, sur la base des documents que j'avais reçus de la famille de mon épouse et du fait qu'ils m'assuraient que tout était en ordre³³.

28. Le requérant reproche à Cigna d'avoir viré l'argent sur son compte sans avoir vérifié d'abord l'authenticité des documents. Il soutient que, si Cigna l'avait alerté concernant les documents, il aurait immédiatement vérifié auprès de l'USTH et aurait informé sa belle-famille.

29. Le requérant reconnaît toutefois qu'il a commis une erreur en transmettant la demande de remboursement à Cigna. Il déclare [traduction non officielle] :

Bien que je n'aie pas commis de fraude, je peux dire honnêtement que j'aurais dû mieux vérifier l'exactitude des documents que ma belle-famille m'a donnés. C'est là mon erreur, et je suis sincèrement et profondément désolé. Je reconnais à présent, après une réflexion prolongée, que ce manque de diligence m'a fait grief et a jeté le discrédit sur l'Organisation. Je ne peux qu'espérer que les décideurs prendront acte du fait que j'ai véritablement des remords et que je reconnais avoir manqué à exercer le devoir de diligence requis, tout en acceptant dans le même temps que je n'ai pas transmis en connaissance de cause de faux documents et que, par conséquent, je n'ai pas commis de fraude³⁴.

30. Le requérant conteste en outre la source des informations sur lesquelles s'est fondé le Bureau de l'audit et des investigations. Il avance que les informations reçues par le Bureau de la part de l'USTH sont inexactes, faisant valoir que la personne qui les a fournies, M. Zayed Saleem, n'avait pas autorité pour fournir ces renseignements³⁵. Le requérant avance que M. Saleem n'est pas le responsable de la division des réclamations ni le responsable de la section de la comptabilité, comme l'affirme le Bureau de l'audit et des investigations, ce qui, selon le requérant, est étayé par un document qu'il présente comme étant le profil LinkedIn de M. Saleem³⁶.

31. Par ailleurs, dans le cadre de son enquête, le Bureau de l'audit et des investigations a établi qu'après avoir reçu la lettre proposant des options,

³³ Ibid., par. 32 et 33.

³⁴ Requête, annexe 2, par. 36.

³⁵ Requête, sect. VII, deuxième partie.

³⁶ Requête, annexe 6.

le requérant a appelé M. Tareq Gholasi, analyste des opérations du PNUD au Yémen, et lui a confié qu'il avait commis une fraude concernant la facture qu'il avait transmise en payant une personne de l'hôpital pour obtenir la facture³⁷. Le requérant nie toutefois avoir appelé M. Gholasi à ce sujet. Il soutient qu'il n'a jamais parlé avec lui ni tenu aucun des propos que M. Gholasi lui a attribués dans sa déclaration de témoin au Bureau de l'audit et des investigations. Pour le requérant, il s'agit d'une affabulation totale et malveillante³⁸.

32. Le requérant explique de même que la demande de remboursement qu'il a présentée à Cigna était authentique étant donné qu'elle témoignait d'une volonté de bonne foi d'aider son épouse. Il déclare qu'il a versé le montant qui lui a été remboursé par Cigna à son beau-frère, qui avait réglé l'USTH pour les prestations fournies à son épouse³⁹. À l'appui de son argument, le requérant présente ce qu'il désigne comme étant un document juridique et officiel émanant d'un juge de division des tribunaux et des documents du Ministère de la justice yéménite dans lequel [son] beau-frère atteste avoir reçu le montant total correspondant aux frais de traitement de sa sœur, M^{me} AA, à l'hôpital de l'université de science et de technologie, soit 3 520 900 riyals yéménites, établi avec le témoignage de deux personnes⁴⁰.

33. Au vu des arguments qui précèdent, le requérant fait valoir que les éléments de preuve au dossier ne permettent pas d'établir, par des preuves claires et convaincantes, qu'il a transmis en connaissance de cause de faux documents à Cigna⁴¹. Par conséquent, il est impossible de conclure qu'il a commis une fraude, telle que définie dans le Cadre juridique applicable aux violations des normes de conduite des Nations Unies (le « cadre juridique du PNUD ») et la Politique contre la fraude du PNUD. L'Administration n'a donc pas établi qu'il avait commis une fraude⁴².

³⁷ Réponse, annexe 1, par. 27 à 29.

³⁸ Requête, sect. VII, première partie.

³⁹ Ibid., troisième partie.

⁴⁰ Requête, annexe 4.

⁴¹ Ibid., par. 27.

⁴² Ibid., par. 35 et 36.

Moyens du défendeur

34. 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 reçues⁴³.

35. Le défendeur fait valoir que les éléments de preuve permettent d'établir que la facture de frais médicaux et le certificat médical n'étaient pas authentiques et que les prestations médicales soi-disant reçues par l'épouse du requérant ne l'ont en réalité pas été. À cet égard, l'USTH a fourni une lettre officielle tamponnée datée du 28 octobre 2020 émanant du service de la comptabilité patients du bureau des entrées de l'hôpital, indiquant que la facture et la demande de remboursement de frais médicaux litigieuses ne correspondaient pas à des factures authentiques émises par l'hôpital et soulignant six divergences dans ces documents⁴⁴. Selon l'USTH, la facture comprenait des éléments qui ne figurent pas habituellement dans ses factures, notamment des facturations détaillées au titre d'une échographie, du passage au service des urgences et d'un électrocardiogramme. L'USTH a également indiqué que le numéro patient sur la facture ne correspondait pas au nom du patient sur la facture, à savoir M^{me} AA. L'hôpital a également souligné que les différentes facturations détaillées avaient été mal calculées par rapport au total dû, puisque les montants auraient dû aboutir à un total de 3 250 500 et non 3 520 000 riyals yéménites, ce qui n'arriverait pas dans le cas d'une facture authentique de l'USTH étant donné que l'hôpital utilise un système informatisé pour comptabiliser et calculer ses factures. L'USTH a de même indiqué que le certificat médical transmis par le requérant à Cigna, daté du 8 juin 2019, n'avait pas été émis par l'hôpital⁴⁵.

36. En réponse à l'affirmation du requérant selon laquelle les informations fournies par M. Saleem au Bureau de l'audit et des investigations sont inexactes, le défendeur

⁴³ Réponse, par. 3.

⁴⁴ Ibid., annexe 2, pièces à conviction 16, 19 et 20.

⁴⁵ Ibid.

fait valoir que les prétentions du requérant sont dénuées de fondement. Premièrement, le requérant n'a jamais contesté l'autorité de M. Saleem à fournir au Bureau de l'audit et des investigations des informations concernant les factures pendant l'enquête. En outre, Cigna, qui prend régulièrement contact avec les hôpitaux concernant les demandes de remboursement, a fourni au Bureau de l'audit et des investigations les coordonnées et l'intitulé de poste de M. Saleem en tant que « superviseur de la comptabilité à l'USTH » lors de la communication au Bureau de l'audit et des investigations d'allégations de fraude potentielle. Le Bureau a ensuite confirmé de manière indépendante les fonctions de M. Saleem à l'USTH en trouvant son profil LinkedIn, qui indiquait qu'il était, au moment du déroulement de l'enquête, « comptable » à l'USTH depuis juillet 2008⁴⁶. L'intitulé du poste de M. Saleem à l'USTH et les dates d'emploi indiqués dans ce document concordent avec les informations figurant dans la capture d'écran non identifiée fournie par le requérant. Au surplus, M. Saleem était désigné comme responsable des réclamations sur le site même de l'USTH dans un article daté du 25 mai 2018, peu avant que le Bureau de l'audit et des investigations échange avec l'intéressé en tant que responsable des réclamations en novembre 2020⁴⁷.

37. Le défendeur fait par ailleurs valoir qu'étant donné que le requérant a certifié à Cigna que les informations qu'il présentait étaient exactes et valables, celui-ci reconnaissait qu'il était au courant et responsable du contenu de la demande de remboursement de frais médicaux. S'il n'était pas certain ou avait des doutes quant à l'authenticité, il n'était pas fondé à certifier le contraire. Par conséquent, l'argument du requérant selon lequel il n'était pas au courant de l'inauthenticité de la facture de frais médicaux et du certificat médical est dénué de fondement⁴⁸.

38. Le défendeur entend également se fonder sur les éléments de preuve fournis par M. Gholasi. Il soutient que le requérant savait bien que la demande de remboursement de frais médicaux était fautive. Le requérant a avoué à un collègue, M. Gholasi,

⁴⁶ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 17.

⁴⁷ Ibid., pièce à conviction 5.

⁴⁸ Ibid., pièce à conviction 10.

qu'il avait transmis une facture et un certificat médical faux. M. Gholasi a fait savoir au Bureau de l'audit et des investigations que le requérant l'avait appelé concernant la lettre proposant des options qu'il avait reçue le 8 septembre 2020. M. Gholasi a déclaré au Bureau de l'audit et des investigations que le requérant lui avait avoué qu'il avait commis une fraude en transmettant une facture et un certificat médical faux en vue d'un remboursement. Il a en outre rappelé que le requérant l'avait informé qu'il envisageait de dire que c'était son épouse qui était allée à l'hôpital et avait reçu le certificat médical.

39. Le défendeur avance que, bien que le requérant nie avoir fait cet aveu à M. Gholasi, le requérant n'a pas produit le moindre élément de preuve à l'appui de son argument selon lequel M. Gholasi a fait une fausse déclaration au Bureau de l'audit et des investigations. Au contraire, les preuves étayaient le fait que la déclaration de M. Gholasi est crédible, étant donné que celui-ci n'avait aucune raison de mentir, que cette affaire n'a pas d'enjeu pour lui et qu'il n'a pas de relation personnelle avec le requérant⁴⁹.

40. S'agissant de l'argument du requérant selon lequel la demande de remboursement de frais médicaux était authentique au motif qu'il a versé le montant qui lui a été remboursé par Cigna à son beau-frère, qui aurait réglé l'USTH pour les prestations fournies à l'épouse du requérant, le défendeur souligne qu'une éventuelle preuve attestant que le requérant avait versé de l'argent à son beau-frère ne réfute pas les éléments de preuve au dossier, à savoir que la facture et le certificat médical étaient faux et n'émanaient pas de l'USTH. En outre, le document fourni par le requérant à l'appui des déclarations de son beau-frère n'est pas crédible. Au cours de l'enquête, le requérant a fourni au Bureau de l'audit et des investigations les coordonnées de son beau-frère. Le Bureau de l'audit et des investigations a contacté le beau-frère du requérant, qui a initialement confirmé son identité, mais après que les enquêteurs du Bureau se sont présentés, a indiqué qu'il les rappellerait. Il n'a jamais rappelé le Bureau et a cessé de répondre aux appels

⁴⁹ Réponse, par. 21.

des enquêteurs⁵⁰. Le défendeur fait valoir qu'il n'est pas crédible que le beau-frère du requérant refuse de parler aux enquêteurs pendant l'enquête ou de fournir une déclaration pendant l'instance disciplinaire, mais qu'il accepte de le faire près de trois ans après l'enquête.

41. Sur le fondement de ce qui précède, le défendeur affirme qu'il existe des preuves claires et convaincantes, qui ne sont pas réfutées par le requérant, et qui étayent le fait que celui-ci a commis une faute en transmettant une demande frauduleuse de remboursement de frais médicaux au titre de prestations médicales qui n'avaient pas eu lieu.

Examen

42. La requête est infondée.

43. Le requérant admet avoir transmis la facture et le certificat médical en question à Cigna en vue d'un remboursement, mais 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.

44. Les éléments de preuve permettent d'établir que la facture et le certificat médical ne sont pas authentiques. En effet, l'USTH à Sanaa (Yémen), à savoir l'hôpital où les prestations médicales en question auraient été reçues par l'épouse du requérant, a déclaré dans une lettre adressée par la comptabilité patients du bureau des entrées de l'USTH que la facture et le certificat médical litigieux n'émanaient pas de l'USTH et qu'ils n'étaient pas authentiques. À l'appui de cette conclusion, il est relevé dans la lettre plusieurs divergences entre les documents transmis par le requérant à Cigna et des factures et certificats médicaux authentiques de l'USTH, dont des erreurs et des différences de format. En outre, l'USTH a indiqué que sur le certificat médical litigieux figurait un numéro de patient correspondant à un autre véritable patient qui

⁵⁰ Réponse, annexe 2, pièce à conviction 24.

n'était pas l'épouse du requérant, pourtant présentée comme la patiente prétendument concernée par le certificat.

45. Le requérant avance que les informations reçues par le Bureau de l'audit et des investigations de la part de l'USTH sont inexactes, faisant valoir que la personne qui les a fournies, M. Saleem, n'avait pas autorité pour ce faire. Cette prétention est sans fondement. En effet, en dehors de toute considération quant aux fonctions officielles de M. Saleem (dont l'intitulé de poste en tant que « superviseur de la comptabilité à l'USTH » a été fourni au Bureau de l'audit et des investigations par Cigna, qui contacte régulièrement les hôpitaux concernant des demandes de remboursement, et qui est identifié comme « responsable des réclamations » sur le propre site Internet de l'USTH⁵¹), les divergences dans la facture et le certificat médical sont des données objectives, qui apparaissent clairement et ne sont même pas contestées par le requérant.

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

47. 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.

48. 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 épouse, le frère de celle-ci ou un tiers ; 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.

⁵¹ Réponse, annexe 2.

49. 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 assumait la pleine responsabilité de ceux-ci.

50. 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 épouse et qu'il n'était pas présent ; il avance également qu'on lui a fourni ultérieurement la facture et le certificat médical, qu'il a par la suite transmis à Cigna pour remboursement.

51. Le Tribunal est d'avis que la situation, quand bien même elle serait vraie, n'exclurait pas la responsabilité du fonctionnaire pour les raisons susmentionnées.

52. 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, et qu'il avait réglé les frais d'intervention.

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

54. S'agissant de 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 certificat médical, à l'exception de deux certificats délivrés en mars 2019⁵² concernant certaines pathologies dont souffrait l'épouse du requérant, aucun document ou élément de preuve n'a été fourni quant au type, à l'ampleur et à la date de l'intervention chirurgicale, qui a eu lieu en juin 2019⁵³ ; 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'épouse du requérant ou le frère de celle-ci, ni aucun certificat médical après l'intervention chirurgicale alléguée.

⁵² Réponse, annexe 2, pièces à conviction 19 et 20.

⁵³ Ibid.

55. Le requérant soumet un document qu'il présente comme une lettre de l'USTH, qui indique qu'il y a eu une panne du système entre le 26 janvier 2020 et le 1^{er} avril 2020 ayant entraîné une perte de tous les documents de l'hôpital. En tout état de cause, indépendamment de la véracité des faits et de la question de savoir si l'USTH a perdu tous ses dossiers, une telle perte de dossiers ne permet pas de réfuter les éléments de preuve selon lesquels la facture et le certificat médical étaient faux, tandis que la preuve de l'intervention chirurgicale et du règlement des frais s'y rapportant reste à apporter.

56. 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 n'a été fourni par le requérant quant au paiement proprement dit à l'hôpital (les frais directs, soi-disant réglés par le beau-frère du requérant), élément crucial dans le cadre d'un litige concernant une demande de remboursement.

57. Les doutes susmentionnés quant à l'efficacité de l'intervention sont corroborés par les déclarations faites au Bureau de l'audit et des investigations par un collègue du requérant, M. Gholasi, qui a déclaré que le requérant lui a avoué, au cours d'une conversation, qu'il savait que la demande de remboursement de frais médicaux était fausse quand il l'a transmise à Cigna. Le requérant nie avoir jamais parlé de cette affaire à M. Gholasi et avoir fait un tel aveu. Il ne fournit cependant aucune raison crédible pour laquelle M. Gholasi, qui ne le connaissait pas et ne travaillait pas avec lui avant cette affaire, aurait eu un quelconque mobile de mentir au Bureau de l'audit et des investigations.

58. 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.

59. Il est en effet difficile d'envisager un paiement en espèces d'une importante somme d'argent (plus de 6 800 dollars des États-Unis) plutôt qu'un virement, plus sécurisé et rapide. Le retrait d'une importante somme en espèces (qui ne correspond toutefois pas au montant de la facture) depuis le compte du requérant un mois après l'intervention chirurgicale alléguée ne permet pas de prouver le paiement. En outre, la déclaration faite par le beau-frère du requérant devant un juge de la division des tribunaux et des documents du Ministère de la justice yéménite indiquant qu'il a reçu du requérant l'argent correspondant au traitement médical en question est générique, étant donné qu'aucune indication n'est fournie quant aux modalités et à la date du paiement ; au surplus, la déclaration n'est pas corroborée par son auteur qui, quelles que soient les justifications fournies, ne l'a pas confirmée devant le Bureau de l'audit et des investigations, n'a pas répondu aux appels des enquêteurs et ne les a pas rappelés et n'a pas non plus fourni de déclaration écrite pendant l'instance disciplinaire ou la procédure judiciaire.

60. Dans l'arrêt *Asghar*⁵⁴, 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.

⁵⁴ Arrêt *Asghar* (2020-UNAT-982), par. 35 et 36.

61. En résumé, des preuves claires et convaincantes viennent établir que le requérant a commis une faute en transmettant une demande frauduleuse de remboursement de frais médicaux pour des prestations médicales qui n'avaient pas eu lieu.

62. Les faits établis constituent-ils une faute ?

Moyens du requérant

63. Le requérant fait valoir que ses actions ne constituent pas une faute. Il ne savait pas que la demande de remboursement de frais médicaux qu'il avait transmise à Cigna comportait de fausses informations. Par conséquent, il ne peut être jugé responsable d'avoir commis une fraude. Il s'ensuit donc qu'il ne peut être considéré comme ayant enfreint l'alinéa b) du paragraphe 2 de l'article premier du Statut du personnel, tel que cité par le PNUD⁵⁵. Le requérant reconnaît toutefois qu'il a manqué de vérifier comme il aurait dû le faire les documents qui lui ont été fournis par la famille de son épouse et, à ce titre, il est prêt à accepter sa responsabilité⁵⁶.

Moyens du défendeur

64. Le défendeur estime que le requérant a commis une faute grave qui justifiait l'imposition de la sanction de licenciement sans indemnités de départ⁵⁷.

Examen

65. 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)⁵⁸ 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

⁵⁵ Requête, annexe 2, par. 24.

⁵⁶ Ibid., par. 1 et 2.

⁵⁷ Réponse, par. 33.

⁵⁸ Ibid., annexe 4.

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 ».

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

66. Le requérant fait valoir que son droit à une procédure régulière a été bafoué pendant l'enquête et que, par conséquent, l'instance disciplinaire dans son ensemble est viciée. Il affirme qu'à de multiples reprises au cours du processus d'enquête, il a imploré le Bureau de l'audit et des investigations de l'autoriser à consulter un avocat. Le Bureau de l'audit et des investigations l'a informé qu'il n'avait pas le droit d'être représenté juridiquement lors de ses échanges avec les enquêteurs du Bureau. La représentation par un avocat ne serait autorisée qu'une fois que le requérant serait accusé de faute⁵⁹.

67. Le requérant affirme en outre que, par suite du conseil donné par le Bureau de l'audit et des investigations, il a été amené à croire qu'il n'avait même pas le droit de consulter un avocat, ce qui n'était pas le cas, comme il l'a appris plus tard. Si le Bureau de l'audit et des investigations lui avait indiqué qu'il était libre de consulter un avocat, quand bien même celui-ci ne pouvait le représenter officiellement devant les enquêteurs du Bureau, il aurait obtenu des conseils juridiques qui lui auraient permis de préserver son droit à une procédure régulière. Or, du fait de la déclaration trompeuse du Bureau de l'audit et des investigations qui l'a dissuadé de consulter un avocat, son droit à une procédure régulière n'a pas été respecté⁶⁰.

⁵⁹ Requête, sect. VIII.

⁶⁰ Ibid.

Moyens du défendeur

68. Selon le défendeur, le droit du requérant à une procédure régulière a été respecté au cours de l'enquête et de la procédure disciplinaire. Invoquant l'arrêt rendu dans l'affaire *Applicant*⁶¹, 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 de mettre en doute la véracité de leur déclaration. En l'espèce, cette obligation a été pleinement respectée.

69. Le défendeur entend également se fonder sur l'arrêt *Akello*⁶² et fait valoir que le Tribunal d'appel a précisément examiné les dispositions relatives au droit à un avocat dans le cadre juridique du PNUD, qui prévoient qu'un fonctionnaire n'a le droit d'être informé de son droit à un avocat qu'au moment où l'instance disciplinaire est engagée, c'est-à-dire à partir de la transmission au fonctionnaire de la lettre lui notifiant l'ouverture de la procédure⁶³. Le Tribunal d'appel a conclu que ces dispositions étaient conformes aux garanties d'une procédure régulière telles que requises par sa jurisprudence.

70. Par conséquent, en réponse à l'argument du requérant selon lequel son droit à une procédure régulière n'a pas été respecté au motif qu'il n'a pas été autorisé à être représenté par un avocat pendant l'enquête du Bureau de l'audit et des investigations, le défendeur avance que les informations fournies au requérant étaient conformes au cadre juridique du PNUD, qui établit qu'un fonctionnaire n'a pas le droit d'être représenté par un avocat avant le début de l'instance disciplinaire.

71. Le défendeur fait en outre valoir que les communications adressées par le Bureau de l'audit et des investigations au requérant informaient clairement ce dernier qu'il n'avait pas le droit d'être représenté par un avocat dans le cadre de ses échanges

⁶¹ Arrêt *Applicant* (2013-UNAT-302), par. 39.

⁶² Arrêt *Akello* (2013-UNAT-336), par. 27 à 38.

⁶³ Réponse, annexe 5, par. 78.

avec les enquêteurs du Bureau et que le Bureau n'a pas abordé ou restreint la capacité du requérant à solliciter par ailleurs des conseils juridiques. Dans la mesure où le requérant n'était pas certain de la signification de la réponse du Bureau de l'audit et des investigations, il aurait pu demander des éclaircissements ; or, il ne l'a pas fait. Le requérant ne peut invoquer sa mauvaise compréhension de la réponse du Bureau de l'audit et des investigations ou les dispositions du cadre juridique du PNUD à l'appui de son argument selon lequel son droit à une procédure régulière n'a pas été respecté.

Examen

72. Le droit du requérant à une procédure régulière a été respecté au cours de l'enquête et de la procédure disciplinaire. L'argument du requérant selon lequel son droit à une procédure régulière n'a pas été respecté est dénué de fondement étant donné qu'il n'était pas autorisé à être représenté par un avocat pendant l'enquête du Bureau de l'audit et des investigations. En particulier, dans le courriel daté du 6 avril 2021⁶⁴, le Bureau de l'audit et des investigations a informé le requérant qu'il ne disposait pas d'une représentation juridique dans le cadre de ses échanges avec les enquêteurs du Bureau et que la représentation par un avocat n'était autorisée qu'une fois qu'il serait accusé de faute, le cas échéant.

73. Le cadre juridique du PNUD dispose que, conformément à la jurisprudence du Tribunal d'appel, un fonctionnaire n'a pas le droit d'être représenté par un avocat avant le début de l'instance disciplinaire⁶⁵.

74. De même, l'argument du requérant selon lequel le Bureau de l'audit et des investigations lui a fait croire qu'il lui était interdit ne serait-ce que de parler à un avocat, qui ne traduit que sa compréhension personnelle de la situation, est dénué de fondement ; en effet, le Bureau de l'audit et des investigations n'a pas abordé ou restreint la capacité du requérant à solliciter par ailleurs des conseils juridiques, mais s'est contenté de lui envoyer le courriel mentionné au paragraphe précédent.

⁶⁴ Requête, sect. VII, p. 7.

⁶⁵ Arrêt *Akello* (2013-UNAT-336), par. 27-38.

La sanction était-elle proportionnée à la faute ?

75. Le requérant n'a pas abordé spécifiquement la question de la proportionnalité de la mesure disciplinaire.

76. Le défendeur fait valoir que la mesure imposée était raisonnable et non disproportionnée. La mesure concorde avec la pratique du PNUD s'agissant d'autres cas de fraude. En outre, le Tribunal d'appel a systématiquement confirmé l'imposition de mesures de licenciement dans les cas de fraude, estimant que la fraude porte atteinte à l'intégrité même de l'Organisation⁶⁶. Enfin, le PNUD, en décidant de cette mesure, a pris en compte l'ensemble des circonstances atténuantes et aggravantes.

Examen

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

78. 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'Organisation)⁶⁷.

79. 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 personnel⁶⁸.

⁶⁶ Arrêt *Mahdi* (2010-UNAT-018) ; arrêt *Jaber et al.* (2016-UNAT-634) ; et arrêt *Abu Jarbou* (2013-UNAT-292).

⁶⁷ Arrêt *Jaber et al.* (2016-UNAT-634), par. 27.

⁶⁸ Jugement *Diallo* (UNDT/2021/064), par. 63 ; voir aussi arrêt *Madhi* (2010-UNAT-018).

Dispositif

80. 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