

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



TRIBUNAL DU CONTENTIEUX
ADMINISTRATIF DES NATIONS
UNIES

Affaire n° UNDT/NY/2019/061

Jugement n° UNDT/2020/119

Date : 15 juillet 2020

Français

Original : anglais

Juge : M^{me} Joelle Adda

Greffé : New York

Greffier : Nerea Suero Fontecha

KOLLIE

c.

LE SECRETAIRE GENERAL
DE
L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

JUGEMENT

Conseil du requérant :

A. Ndubuisi Nwabudike

Conseil du défendeur :

Alan Gutman, Division du droit administratif du Bureau de la gestion des ressources humaines, Secrétariat de l'ONU

Introduction

1. Le requérant, ancien fonctionnaire de la Mission des Nations Unies au Libéria (MINUL), conteste la décision par laquelle le Secrétaire général a souscrit à la recommandation du Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation accordant la somme de 30 412,29 dollars des États-Unis au titre d'une perte définitive de fonction de 28 %, en application de l'article 11.3 c) de l'Appendice D du Règlement du personnel (« Appendice D ») alors applicable.
2. Pour les motifs exposés ci-après, la requête est accueillie en partie.

Faits

3. Le 15 novembre 2005, le requérant a rejoint la MINUL en tant que technicien radio à la classe G-5.
4. Le 9 mai 2007, le requérant a été blessé dans un accident de voiture alors qu'il revenait d'un voyage officiel. Du 10 mai au 17 juin 2007, il a été hospitalisé dans un hôpital militaire, où on lui a diagnostiqué une lésion de la colonne cervicale avec radiculopathie.
5. Le 8 juillet 2007, le requérant a présenté une demande d'indemnisation en vertu de l'Appendice D applicable.
6. Le 4 juin 2008, le Groupe des enquêtes spéciales de la MINUL a présenté un rapport d'enquête concernant un accident de voiture impliquant le requérant.
7. Le 18 décembre 2012, à sa 461^e réunion, le Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation a examiné la demande du requérant. Il a étudié divers documents, dont un rapport de la Division des services médicaux d'alors. Celle-ci concluait que les blessures du requérant (fracture de l'arc postérieur de C1 et subluxation de C5 sur 6) pouvaient être considérées comme directement liées à

l'accident et que, sur la base des informations médicales alors disponibles, elles ne constituaient pas une perte définitive de fonction au sens des orientations de l'American Medical Association pour l'évaluation de l'invalidité permanente (sixième édition) (les « Orientations de l'AMA »).

8. Sur la base de l'examen du dossier, le Comité consultatif a recommandé que a) les blessures du requérant soient déclarées imputables au service et que tous les frais médicaux certifiés par le Directeur médical comme étant directement liés aux blessures et raisonnables pour les soins et services reçus soient remboursés au titre de l'Appendice D ; b) le requérant n'ayant pas subi de perte définitive d'une fonction, sa demande d'indemnisation au titre de l'article 11.3 c) de l'Appendice D applicable soit rejetée.

9. Le 19 février 2013, au nom du Secrétaire général, le Contrôleur de l'ONU a approuvé la recommandation du Comité consultatif. Cette décision a été notifiée au requérant le 20 mars 2013.

10. Entre 2013 et 2016, le requérant a subi plusieurs interventions médicales.

11. En septembre 2016, le requérant a eu un rendez-vous de suivi avec un chirurgien spécialiste de la colonne vertébrale qui a recommandé de procéder à une évaluation du handicap.

12. Le 7 octobre 2016, le requérant s'est soumis à une évaluation de l'invalidité permanente conformément aux Orientations de l'AMA. Il est ressorti du rapport daté du 25 octobre 2016 que le requérant avait subi une perte définitive de fonction de 23 % en raison de lésions de la colonne vertébrale. Le requérant a présenté ce rapport au Comité consultatif.

13. Dans un mémorandum du 15 décembre 2016, le Comité consultatif, joignant le rapport daté du 25 octobre 2016 soumis par le requérant, a demandé au Directeur médical de la Division des services médicaux de lui dire si le requérant avait subi une quelconque perte définitive de fonction au sens de l'article 11.3 c) de l'Appendice D

applicable et, dans l'affirmative, de préciser si cette perte définitive de fonction était constitutive d'une invalidité partielle ou totale.

14. Dans un mémorandum daté du 18 janvier 2017, la Division des services médicaux a informé le Comité consultatif que le requérant avait subi une perte définitive de fonction de 28 %. Elle a ajouté que, puisque le requérant était retourné au travail et ne semblait pas avoir subi de manque à gagner potentiel dans l'exercice de ses fonctions d'alors, les dispositions de l'article 11.1 et de l'article 11.2 de l'Appendice D relatives à l'invalidité ne s'appliquaient pas à lui.

15. Le 11 avril 2017, à sa 500^e réunion, le Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation a examiné la demande du requérant. Il s'est penché sur un mémorandum daté du 18 janvier 2017 dans lequel la Division des services médicaux avait indiqué que la blessure du requérant constituait une perte définitive de fonction de 28 % et recommandé que lui soit accordée à ce titre la somme 30 412,29 dollars des États-Unis, en application de l'article 11.3 c) de l'Appendice D applicable.

16. Le 16 mai 2017, au nom du Secrétaire général, le Contrôleur de l'ONU a approuvé la recommandation du Comité consultatif. Dans un mémorandum du 19 mai 2017, celui-ci a informé le Département de l'appui aux missions qu'il avait accordé une indemnisation au titre de l'Appendice D et a demandé que le requérant en soit informé.

17. Le 7 juin 2017, le requérant a prié le Comité consultatif de reconsidérer sa recommandation et a demandé ce qui suit :

- a. Une révision à la hausse substantielle de l'indemnité forfaitaire accordée par le Comité consultatif pour perte définitive de fonction de 28 % ;
- b. La prise en charge des frais médicaux futurs (billet d'avion, enregistrement des données, consultation de spécialistes et médicaments) ;

- c. L'attribution d'un montant d'au moins 2 500 dollars des États-Unis par mois pour la prise en charge des frais liés au recrutement d'une aide médicale à domicile ;
- d. Le versement d'une pension d'invalidité spéciale de 3 000 dollars des États-Unis par mois, au moins, pour compenser la perte de gains futurs ;
- e. L'indemnisation du *pretium doloris* ;
- f. Le paiement rétroactif de tous les frais engagés directement, y compris les frais passés déjà approuvés par la Division des services médicaux et les dépenses récentes ;
- g. Une indemnisation découlant de la responsabilité institutionnelle de la MINUL, qui a commis une faute lourde en ne faisant pas le nécessaire pour qu'il soit opéré rapidement par des médecins qualifiés ;
- h. Une recommandation du Comité consultatif visant à ce qu'il soit affecté dans une mission ou un organisme des Nations Unies dans un pays disposant des installations et de l'expertise voulues pour traiter les lésions de la colonne vertébrale.

18. Les 25 et 27 juillet 2017, le Comité consultatif a répondu au mémorandum du requérant en date du 7 juin 2017 ; cette réponse a été communiquée au requérant le 27 juillet 2017. Le Comité consultatif a noté que le requérant semblait demander une indemnité pour perte définitive future d'une fonction et a dit que si son état s'aggravait à l'avenir, il pourrait présenter un certificat médical, qui serait dûment pris en considération par la Division des services médicaux en vue de l'octroi d'une nouvelle indemnité pour perte définitive de fonction. En ce qui concerne la question d'une indemnisation pour faute lourde et *pretium doloris*, notamment, le Comité consultatif a informé le requérant qu'elle n'était pas prévue dans l'Appendice D applicable : seule était prévue l'indemnisation des frais médicaux et de la perte définitive d'une fonction.

19. Le 22 août 2017, le requérant a envoyé sa réponse au courriel du Comité consultatif en date du 25 juillet 2017, par l'intermédiaire de la MINUL.

20. Le 25 août 2017, le requérant a reçu une réponse du Comité consultatif lui disant qu'il ne pouvait rien dire ou faire de plus et lui conseillant de se tourner vers le Groupe du contrôle hiérarchique ou le Tribunal du contentieux administratif. Le Comité consultatif a ajouté qu'il continuerait d'accepter et d'examiner les demandes futures.

21. Le 2 octobre 2017, le requérant a introduit la requête faisant l'objet du présent jugement. À titre d'indemnisation, il a demandé ce qui suit :

- a. L'ajustement de l'indemnité pour perte définitive de fonction de 28 % ;
- b. L'attribution d'un montant d'au moins 2 500 dollars des États-Unis par mois pour la prise en charge des frais liés au recrutement d'une aide médicale à domicile ;
- c. L'attribution d'un montant d'au moins 100 000 dollars des États-Unis pour l'indemnisation du pretium doloris ;
- d. Le versement rétroactif de tous les frais payés directement pour lesquels des pièces justificatives ont été présentées et qui ont été approuvés par la Division des services médicaux ;
- e. Son affectation dans une mission ou un organisme des Nations Unies dans un pays disposant des installations et de l'expertise appropriées pour traiter les lésions de la colonne vertébrale, et la possibilité de continuer à en bénéficier ou, à titre subsidiaire :
 - i. La prise en charge des coûts des futurs soins médicaux ou l'attribution d'un montant d'au moins 25 000 dollars des États-Unis par an visant à couvrir le coût de soins de suivi en Afrique du Sud ;

ii. Dans le cas où il cesserait d'être au service de l'Organisation des Nations Unies, une indemnité d'un montant d'au moins 3 000 dollars des États-Unis par mois pour perte de gains futurs, qui prendrait la forme d'une pension d'invalidité spéciale ou d'une indemnité forfaitaire unique pour perte de gains futurs.

22. Le 30 novembre 2018, à la suite de la fermeture de la MINUL le 30 juin 2018, il a été mis fin aux fonctions du requérant au sein de l'Organisation. La Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies a dit que le cas du requérant ne lui avait pas été soumis en vue d'une éventuelle pension d'invalidité ; l'intéressé a reçu un versement de départ au titre de la liquidation des droits, qui a éteint tous les autres droits en application des statuts de la Caisse.

23. La requête ici examinée a été déposée initialement au Greffe de Nairobi. L'affaire a été transférée au Greffe de New York le 19 juillet 2019 et attribuée le 21 novembre 2019 à la juge soussignée.

24. À l'audience du 9 juin 2020, le Tribunal a entendu les déclarations du Dr Mike Rowell, médecin en chef de la Division des services médicaux, de Demetri Gounaris, Secrétaire du Comité consultatif, et du requérant.

25. Puis, en application de l'ordonnance n° 101 (NY/2020), les parties ont présenté des conclusions finales.

Examen

Recevabilité

26. Le défendeur soulève deux questions quant à la recevabilité de la requête. Premièrement, il affirme que la requête n'est pas recevable au motif qu'elle a été déposée plus de 90 jours à compter de la date à laquelle elle a été notifiée par le Comité consultatif. Deuxièmement, il soutient que l'allégation de faute lourde soulevée par le

requérant a force de chose jugée puisqu'elle a été rejetée dans le Jugement *Kollie* relatif à la responsabilité (UNDT/2019/156), et qu'elle ne peut donc pas être soulevée de nouveau en l'espèce.

La requête a-t-elle été déposée dans les délais ?

27. En application de la disposition 11.2 b) du Règlement du personnel, un fonctionnaire n'est pas tenu de demander le contrôle hiérarchique d'une décision administrative prise sur avis d'organes techniques. Selon le Tribunal d'appel, le Comité consultatif répond à la définition d'organe technique (voir, par exemple, arrêt *Dahan* (2018-UNAT-861). La disposition 11.4 b) du Règlement du personnel dispose que tout fonctionnaire qui n'est pas tenu de demander un contrôle hiérarchique, ainsi qu'il résulte du paragraphe b) de la disposition 11.2, peut saisir directement le Tribunal du contentieux administratif dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle il a été informé de la décision administrative contestée.

28. En l'espèce, pour déterminer la date à laquelle le requérant a été informé de la décision déclenchant le délai de 90 jours, le Tribunal va examiner la chronologie des faits.

29. Le 16 mai 2017, le Contrôleur a approuvé la recommandation du Comité consultatif en date du 11 avril 2017. Ce dernier a transmis la décision au Département de l'appui aux missions le 19 mai 2017, lequel a été chargé d'en informer le requérant. Le dossier ne précise pas la date à laquelle le requérant a reçu la décision. Il n'empêche qu'après avoir reçu la décision à une date indéterminée, le requérant a demandé au Comité consultatif, dans une lettre datée du 7 juin 2017, de reconsidérer sa décision et de lui accorder d'autres mesures de réparation.

30. La réponse du Comité consultatif à la lettre du requérant en date du 7 juin 2017 a été transmise à ce dernier le 27 juillet 2017 et se lit comme suit [Traduction non officielle] :

Veillez noter que le Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation a examiné le mémorandum [du requérant] en date du 7 juin 2017 et a pris note de ce qui suit. Veuillez en informer [le requérant].

La perte définitive d'une fonction est évaluée par la Division des services médicaux sur la base des rapports médicaux soumis par le requérant et conformément aux normes établies dans les Orientations de l'American Medical Association pour l'évaluation de l'invalidité permanente (sixième édition). [Le requérant] se renseigne semble-t-il sur les indemnités qui pourraient lui être octroyées à l'avenir pour perte définitive de fonction : si, à un moment donné, son état s'aggrave, il pourra présenter un dossier médical attestant cette aggravation. Ce dossier sera soumis à la Division des services médicaux, qui examinera, conformément aux Orientations de l'American Medical Association, si la perte définitive de fonction s'est aggravée.

[Le requérant] demande une indemnisation pour faute lourde et pretium doloris, entre autres. L'Appendice D du Règlement du personnel (et, d'une manière générale, les régimes d'indemnisation des travailleurs) ne prévoient pas la mise en jeu de la responsabilité pour faute lourde ni le versement d'une indemnisation à ce titre. L'Appendice D concerne uniquement les frais médicaux et l'indemnisation de la perte définitive d'une fonction.

...

31. Le 22 août 2017, le requérant a communiqué des observations complémentaires au Comité consultatif ; le 25 août 2017, il a reçu une réponse du Comité lui disant qu'il ne pouvait rien dire ou faire de plus et lui conseillant de se tourner vers le Groupe du contrôle hiérarchique ou le Tribunal du contentieux administratif.

32. Compte tenu de la chronologie des faits décrite ci-dessus, la question qui se pose pour le Tribunal est de déterminer quand la décision a été notifiée au requérant aux fins de l'application de la disposition 11.4 b) du Règlement du personnel.

33. Le défendeur affirme que la décision contestée a été notifiée au requérant au plus tard le 7 juin 2017, date à laquelle ce dernier en a accusé réception. Il fait valoir que toute la correspondance ultérieure échangée entre le Secrétaire du Comité consultatif et le requérant n'a pas fait repartir à zéro le décompte du délai.

34. Le Tribunal note que l'approbation, par le Contrôleur, de la recommandation du Comité consultatif le 16 mai 2017 ne concernait que l'indemnité pour perte définitive d'une fonction. Dans sa lettre du 7 juin 2017, le requérant a demandé d'autres mesures de réparation que le Comité consultatif n'avait pas examinées dans sa recommandation du 11 avril 2017. Dans sa réponse à cette lettre, le Comité consultatif a dit avoir « examiné le mémorandum [du requérant] en date du 7 juin 2017 et noté les points suivants » avant de rejeter spécifiquement certaines des mesures de réparation demandées par le requérant.

35. Par conséquent, cette réponse supplémentaire du Comité consultatif communiquée au requérant le 27 juillet 2017 n'était pas un simple courriel entre le Secrétaire du Comité et le requérant. Il était dit clairement dans le courriel que le Comité consultatif avait examiné les demandes supplémentaires du requérant et les avait rejetées. Par conséquent, le Tribunal est d'avis que ce courriel est constitutif de la notification de la décision relative à la requête présentée par le requérant en application de l'Appendice D.

36. Le Tribunal estime que les communications qui ont suivi en août 2017 ne font pas repartir à zéro le décompte du délai prévu par les dispositions applicables. Non satisfait de la réponse faite par le Comité consultatif le 27 juillet 2017, le requérant a renouvelé ses demandes. Le Comité consultatif s'est contenté de confirmer la décision communiquée précédemment. La jurisprudence du Tribunal d'appel est très claire : le fait de renouveler une décision administrative ne fait pas repartir à zéro le délai prévu par les dispositions : le délai court à partir de la date à laquelle la décision a été prise initialement [arrêt *Sethia* (2010-UNAT-079) ; arrêt *Odio-Benito* (2012-UNAT-196) ; arrêt *Staedtler* (2015-UNAT-546) ; arrêt *Kazazi* (2015-UNAT-557)].

37. Le Tribunal conclut dès lors que la décision a été notifiée au requérant le 27 juillet 2017, et que le délai de 90 jours a expiré le 25 octobre 2017. La requête ayant été déposée le 2 octobre 2017, elle est opportune et recevable.

L'allégation de faute lourde soulevée par le requérant a-t-elle force de chose jugée ?

38. Le Tribunal va maintenant examiner si l'allégation de faute lourde soulevée par le requérant a force de chose jugée. Le Tribunal convient avec le défendeur que l'allégation de faute lourde a force de chose jugée puisqu'elle a été rejetée dans le Jugement *Kollie* relatif à la recevabilité (UNDT/2019/156), et qu'elle ne peut donc pas être soulevée de nouveau en l'espèce. Comme l'a dit le Tribunal d'appel, l'autorité d'un jugement définitif ne peut pas être si facilement mise en cause. Il faut bien mettre fin au litige, et la stabilité de la procédure judiciaire nécessite que les jugements définitifs ne puissent être annulés que pour les raisons les plus graves [arrêt *Merou* (2012-UNAT-198), par. 3 et 26)].

39. Par conséquent, l'allégation de faute lourde soulevée par le requérant a force de chose jugée et est donc irrecevable.

Le cadre juridique applicable et les enjeux de l'affaire

40. Il n'est pas contesté que le préjudice subi par le requérant le 9 mai 2007 est imputable au service, comme il a été décidé sur la base de la recommandation du Comité consultatif en 2012. Le Tribunal doit trancher la question de savoir si la décision du Secrétaire général concernant l'indemnisation pour le préjudice subi est correcte ou si le requérant a droit à une indemnisation supplémentaire.

41. Le Tribunal note que l'article 3 de l'Appendice D applicable prévoit que l'indemnité accordée au titre de ces dispositions est la seule à laquelle un fonctionnaire, ou personne à sa charge, a droit pour ce qui est de toute réclamation relevant desdites dispositions. Selon l'article 4, l'indemnisation accordée au titre de ces dispositions vise à compléter les prestations accordées en vertu du règlement de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. Les indemnités versées en cas d'accident ou de maladie d'un membre du personnel sont précisées aux articles 11.1 à 11.5 de l'Appendice D applicable.

42. Comme l'a déclaré le Tribunal d'appel dans l'arrêt *Karseboom* (2015-UNAT-601, par. 40 à 47), le contrôle judiciaire que fait le Tribunal du contentieux administratif de la décision du Secrétaire général fondée sur la recommandation du Comité consultatif est guidé par la jurisprudence bien établie dans l'arrêt *Sanwidi* (2010-UNAT-084) : pour apprécier si l'Administration a fait un usage régulier de son pouvoir d'appréciation,

... le Tribunal du contentieux administratif doit rechercher si la décision est régulière, rationnelle, conforme à la procédure et proportionnée. Il peut examiner si des éléments utiles ont été écartés et si des éléments inutiles ont été pris en considération et si la décision est absurde ou a des effets pervers. Toutefois, il ne lui appartient pas d'apprécier le bien-fondé du choix opéré par le Secrétaire général parmi les différentes possibilités qui s'offraient à lui. Il n'est pas non plus supposé substituer sa propre décision à celle du Secrétaire général.

43. Le Tribunal d'appel a jugé dans l'arrêt *Karseboom* (2015-UNAT-601) que le Tribunal du contentieux administratif n'était pas compétent pour rendre des conclusions médicales et que, par conséquent, en cas de vice de procédure lié à une question médicale, il devait renvoyer l'affaire à un organisme médical compétent.

44. Sur la base des éléments du dossier et des arguments des parties, le Tribunal va examiner :

a. Si l'indemnité de 30 412,29 dollars des États-Unis pour une perte définitive de fonction de 28 % accordée en vertu de l'article 11.3 c) de l'Appendice D applicable a été correctement calculée ;

b. Si l'Administration n'a pas payé de frais engagés par le requérant qui avaient été approuvés par la Division des services médicaux ;

c. Si le Comité consultatif a eu raison de conclure que la blessure du requérant ne constituait pas une invalidité partielle ou totale au sens des articles 11.1 et 11.2 de l'Appendice D applicable ;

d. Si le requérant a droit à d'autres mesures de réparation, comme il l'a demandé, y compris une indemnisation pour de futurs soins médicaux et le recrutement d'une aide médicale à domicile, une pension d'invalidité spéciale, une indemnisation du pretium doloris et la pris en charge des frais de justice.

Calcul de l'indemnité en cas de perte définitive d'une fonction

45. L'article 11.3.a) de l'Appendice D applicable prévoit qu'en cas de blessure ou de maladie entraînant une défiguration permanente ou la perte définitive d'un membre ou d'une fonction, le fonctionnaire reçoit une indemnité forfaitaire. Selon le barème prévu à l'article 11.3 c), en cas de perte totale de l'usage d'un membre ou d'une fonction, il est versé deux fois le montant annuel de la rémunération considérée aux fins de la pension à l'échelon V de la classe P-4. Ce montant est ajusté en fonction du pourcentage de perte définitive de la fonction.

46. En l'espèce, l'indemnisation du requérant pour perte définitive de fonction a été calculée comme suit :

Calcul de l'indemnité en application de l'article 11.3 c) :

Droit à prestations : si le traitement net maximum des agents des services généraux sur le lieu d'affectation est inférieur au traitement net minimum des agents des services généraux au Siège, les modalités de calcul sont les suivantes :

Traitement net minimum des agents des services généraux au Siège
divisé par le traitement net maximum des agents des services généraux au Siège x 2 x le montant de la rémunération considérée aux fins de la pension à l'échelon 5 de la classe P-4 x 28% de perte de fonction

Traitement net maximum des agents des services généraux sur le lieu d'affectation = 24 953 dollars des États-Unis

Traitement net minimum des agents des services généraux au Siège = 26 750 dollars des États-Unis

Traitement net maximum des agents des services généraux au Siège = 67 242 dollars des États-Unis

Rémunération considérée aux fins de la pension à l'échelon V de la classe P-4 = 136 520 dollars des États-Unis

$$\frac{26\,750}{67\,242} \times (2 \times 136,520) \times 28\%$$

$$0,3978 \times 273\,040 \times 0,28 = 30\,412,29 \text{ dollars des États-Unis}$$

47. Le requérant conteste le montant de l'indemnité pour trois motifs distincts, que le Tribunal va examiner l'un après l'autre.

Calcul du pourcentage de perte définitive d'une fonction

48. Premièrement, le requérant conteste la conclusion de perte définitive de fonction de 28 pour cent au motif que le Dr Rowell n'a pas évalué personnellement son état mais s'est appuyé uniquement sur un rapport médical incorrect d'octobre 2016 disant qu'il avait subi une perte définitive de fonction de 23 pour cent. Le Dr Rowell a estimé que ce calcul était incorrect et a modifié le pourcentage de perte définitive de fonction pour le faire passer de 23 à 28 %. Le requérant affirme que la Division des services médicaux a eu tort de s'appuyer sur un rapport médical inexact pour déterminer le pourcentage de perte définitive de fonction.

49. Dans sa réponse, le défendeur soutient que le Comité consultatif s'est raisonnablement fié aux recommandations du Dr Rowell pour déterminer le pourcentage de perte définitive de fonction du requérant. Le défendeur fait valoir que le Dr Rowell a déclaré à l'audience que, bien qu'une erreur se soit glissée dans le rapport médical concernant le calcul du pourcentage de la perte définitive de fonction, le rapport médical lui-même était détaillé, cohérent et complet et contenait les informations médicales nécessaires pour parvenir à un calcul exact.

50. À l'audience, le Dr Rowell a expliqué que nul n'est tenu de procéder à un examen médical en personne d'un requérant pour déterminer un taux d'invalidité, et qu'il s'était appuyé sur un rapport médical fourni par le requérant, lequel avait été examiné par un autre médecin. Il a expliqué que le rapport médical lui-même était détaillé, complet et de qualité, mais que le médecin qui avait procédé à l'examen avait

déclaré à tort que le requérant souffrait d'une blessure de niveau 1, et donc de catégorie 3, alors qu'en fait il souffrait d'une blessure de niveau 2, et donc de catégorie 4. La correction de cette erreur avait entraîné l'ajustement à la hausse du taux d'invalidité, qui était passé de 23 à 28 %.

51. Le Conseil du requérant a demandé si la douleur et la nature dégénérative de la blessure étaient prises en compte dans l'évaluation du taux d'invalidité. Le Dr Rowell a répondu que la douleur ne faisait pas l'objet d'un calcul distinct mais que le pretium doloris faisait partie intégrante de l'évaluation menée en application des Orientations de l'AMA. Il a ajouté que si l'état du requérant se détériorait davantage et si ce dernier présentait un rapport médical supplémentaire établissant l'aggravation de son handicap, ce rapport serait examiné et une indemnisation supplémentaire pour perte définitive de fonction pourrait lui être versée au titre de l'aggravation de son état de santé.

52. Après avoir examiné le dossier médical présenté par le requérant, ainsi que la déclaration du Dr Rowell et sa recommandation concernant la perte définitive de fonction, le Tribunal ne constate aucune erreur dans le calcul du pourcentage de perte définitive de fonction du requérant. Il constate que l'article 11.3 a) n'exige pas qu'un médecin de la Division des services médicaux examine personnellement un requérant et estime qu'il était raisonnable de la part du Comité consultatif de se fonder sur l'avis du Dr Rowell, établi sur la base de l'examen d'un rapport médical détaillé. Le Dr Rowell a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il s'était appuyé sur le rapport médical fourni par le requérant malgré l'erreur commise dans le calcul du taux d'invalidité. Le Tribunal estime qu'aucun vice de procédure n'a été commis en ce qui concerne l'avis médical fourni par le Dr Rowell au Comité consultatif dans cette affaire.

53. Même si l'état du requérant s'est encore aggravé et que le pourcentage de perte définitive de fonction établi en 2017 n'est plus exact, cela ne signifie pas que la décision rendue en 2017 est entachée d'erreur. Comme l'a expliqué le Dr Rowell, le requérant

peut présenter un rapport médical supplémentaire afin d'obtenir une indemnité plus élevée au titre de sa perte définitive de fonction.

54. Par conséquent, le Tribunal confirme l'évaluation faite par le Comité consultatif quant au pourcentage de perte définitive de fonction du requérant.

Application du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension à la date du préjudice

55. Deuxièmement, le requérant conteste l'application, par le Comité consultatif, du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension de 2007 pour calculer l'indemnisation. Il fait valoir qu'il n'est pas dit expressément dans le texte de l'Appendice D applicable que la rémunération considérée aux fins de la pension en vigueur à la date du préjudice devrait être utilisée. S'appuyant sur le Jugement *Laca Diaz* (UNDT/2015/066), le requérant fait valoir qu'il a droit à la révision du calcul de son indemnité et à l'application du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension à l'échelon V de la classe P-4, de 2017, majoré des intérêts applicables.

56. Dans sa réponse, le défendeur soutient que, sur la base des connaissances et de l'expérience étendues du Secrétaire du Comité consultatif, il a déclaré que selon les programmes d'indemnisation des travailleurs, les indemnités étaient calculées sur la base du traitement au moment du préjudice. Le Secrétaire du Comité consultatif a affirmé que l'Organisation avait constamment suivi ce principe et que l'Assemblée générale l'avait confirmé lorsqu'elle avait approuvé la promulgation d'un Appendice D révisé le 23 décembre 2016.

57. La question de savoir si l'indemnité pour perte définitive d'une fonction devrait être calculée sur la base du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension à la date du préjudice ou à la date de la décision a été examinée de manière approfondie par le Tribunal du contentieux administratif dans l'affaire *Laca Diaz*.

58. Dans l'affaire *Laca Diaz*, le Tribunal du contentieux administratif a conclu que rien dans le texte n'indiquait expressément que la rémunération considérée aux fins de la pension devait être celle applicable à la date du préjudice, ajoutant que l'Appendice D ne contenait aucune indication ou orientation claire quant à la date pertinente ou effective à prendre en considération pour l'évaluation de la rémunération considérée aux fins de la pension à l'échelon V de la classe P-4, dans un cas donné. Le Tribunal souscrit à l'analyse présentée dans l'affaire *Laca Diaz*.

59. Le Secrétaire du Comité consultatif a déclaré à l'audience que l'indemnité pour perte définitive d'une fonction était toujours calculée compte tenu de la date du préjudice, mais la pratique passée dudit Comité consultatif ne suffit pas à elle seule à déterminer le sens de la disposition. En fait, dans le Jugement *Laca Diaz*, le Tribunal du contentieux administratif s'est écarté de cette pratique établie prétendument constante et a ordonné que l'indemnité pour perte définitive de fonction soit accordée en prenant en considération la date de l'amélioration médicale maximale du requérant, qui se situait 21 ans après la date du préjudice. Il n'a pas été fait appel de ce jugement.

60. Le défendeur fait valoir également que l'Assemblée générale a confirmé la pratique établie du Comité consultatif lorsqu'elle a promulgué un Appendice D révisé en 2016. Toutefois, l'Appendice D révisé n'est pas applicable en l'espèce. En outre, comme il ressort du rapport dans lequel le Secrétaire général a proposé une révision des dispositions de l'Appendice D (A/71/258), des changements majeurs ont été apportés à l'Appendice D, notamment en ce qui concerne la détermination de l'indemnisation pour perte définitive d'une fonction ; l'Appendice D révisé ne fournit donc aucune indication sur la question.

61. La question est de savoir si, face au silence et à l'ambiguïté des dispositions, le Secrétaire général a exercé son pouvoir discrétionnaire de façon régulière en décidant de recourir au barème de la rémunération considérée aux fins de la pension à la date du préjudice, soit 10 ans avant la décision contestée.

62. Comme l'a déclaré le Tribunal du contentieux administratif dans l'affaire *Laca Diaz*, dans des circonstances normales, le barème de la rémunération considérée aux fins de la pension serait le même à la date du préjudice, à la date de la requête et à la date de la décision. Cependant, ce n'est pas le cas en l'espèce.

63. En l'espèce, le requérant a subi un préjudice et déposé une requête en 2007 ; le Secrétaire général ne s'est prononcé pour la première fois sur cette requête qu'en 2013, soit plus de cinq ans après la date du préjudice et la date de la requête, et il n'a alors accordé au requérant aucune indemnisation pour perte définitive d'une fonction. Ce n'est qu'en 2017 que le requérant a obtenu une indemnisation pour perte définitive d'une fonction, sur la base du rapport médical d'octobre 2016.

64. Dans l'Affaire *Laca Diaz*, le Tribunal a ordonné, compte tenu du long laps de temps écoulé et dans un souci d'équité et de justice, que l'indemnisation soit calculée en prenant en considération la date de l'amélioration médicale maximale du requérant, et non la date du préjudice. Le Tribunal est d'avis que l'espèce est comparable à l'Affaire *Laca Diaz*.

65. Compte tenu du long laps de temps écoulé (10 ans), du fait que le Comité consultatif n'a accordé initialement, en 2012, aucune indemnisation pour perte définitive d'une fonction et qu'il a finalement accordé une indemnité en 2017 après l'évaluation médicale d'octobre 2016, le Tribunal considère que le calcul de l'indemnité réalisé sur la base du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension à la date du préjudice est absurde et déraisonnable en l'espèce.

66. Par conséquent, le Tribunal décide que l'indemnisation soit accordée sur la base du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension applicable au 16 mai 2017, date de la décision du Secrétaire général.

Ajustement de l'indemnité pour les agents des services généraux

67. Troisièmement, le requérant conteste le calcul de l'indemnité, laquelle a été ajustée, au motif qu'il relevait de la catégorie des services généraux. En particulier, le

Comité consultatif a ajusté l'indemnité sur la base de la formule suivante, conformément à l'article 11.3 c) de l'Appendice D applicable :

Droit à prestations : si le traitement net maximum des agents des services généraux sur le lieu d'affectation est inférieur au traitement net minimum des agents des services généraux au Siège, les modalités de calcul sont les suivantes :

Traitement net minimum des agents des services généraux au Siège divisé par le traitement net maximum des agents des services généraux au Siège x 2 x le montant de la rémunération considérée aux fins de la pension à l'échelon V de la classe P-4 x 28% de perte de fonction

68. L'article 11.3 c) dispose que dans le cas des agents des services généraux, des travailleurs manuels et des membres du personnel des missions recrutés localement [...], des ajustements appropriés du montant des indemnités prévues dans le barème peuvent être apportés par le Secrétaire général, compte tenu de la proportion que représente le traitement ou le salaire de l'intéressé par rapport aux taux en vigueur au Siège.

69. À l'audience, le Secrétaire du Comité consultatif a affirmé que cette formule avait été appliquée systématiquement pour les agents des services généraux et les membres du personnel des missions recrutés localement, conformément à l'article 11.3 c) de l'Appendice D applicable.

70. Le requérant affirme qu'il a droit à 28 pour cent du double de la rémunération considérée aux fins de la pension selon le barème applicable à l'échelon V de la classe P-4. Il fait valoir que, compte tenu du manque de transparence dont il a fait preuve concernant la méthode utilisée pour ramener le montant de l'indemnité à 30 429,24 dollars des États-Unis, le défendeur ne peut, ni en droit ni du point de vue de l'équité, communiquer ces informations après coup, et ne peut donc pas donner effet à l'ajustement maintenant.

71. Le Tribunal est d'avis que l'affirmation du requérant est sans fondement. Le Comité consultatif a indiqué la formule de calcul susmentionnée dans sa

recommandation ; l'affirmation selon laquelle le défendeur n'a pas fait preuve de transparence concernant la formule de calcul est donc fausse. En outre, le Tribunal conclut que bien qu'elle ne figure pas expressément dans les dispositions applicables, cette formule de calcul constitue une application raisonnable et cohérente de l'article 11.3 c), qui prévoyait que le montant de l'indemnité accordée aux agents des services généraux et aux membres du personnel des missions recrutés localement pouvait être ajusté compte tenu de la proportion que représentait le traitement ou le salaire de l'intéressé par rapport aux taux en vigueur au Siège. Par conséquent, le Tribunal conclut que la décision du défendeur de réduire l'indemnité conformément à l'article 11.3 c) est régulière.

72. Par conséquent, le Tribunal ordonne que l'indemnité pour perte définitive d'une fonction soit accordée sur la base du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension applicable au 16 mai 2017, date de la décision du Secrétaire général.

Remboursement des frais engagés par le requérant

73. Le requérant affirme que le Comité consultatif ne lui a jamais remboursé les frais légitimes et vérifiables qu'il avait engagés bien que la Division des services médicaux les ait approuvés et que le Comité consultatif en ait accusé réception.

74. Le défendeur soutient que l'Organisation rembourse les frais médicaux effectivement engagés par un requérant mais pas les frais médicaux ou non médicaux futurs. À cet égard, le Secrétaire du Comité consultatif a déclaré à l'audience qu'en juillet 2017, il avait examiné le dossier du requérant et n'avait constaté aucune demande de remboursement de frais médicaux payés par l'intéressé lui-même.

75. Il ressort du dossier que le requérant a demandé le remboursement de certains frais médicaux et non médicaux en 2015 et 2016. D'après le dossier, les frais médicaux engagés par les membres du personnel sont d'abord couverts par un régime d'assurance maladie, et tous ceux dépassant la couverture peuvent être pris en charge par le Comité consultatif. En juillet 2016, répondant à une compagnie d'assurance au sujet de la

demande de remboursement présentée par le requérant pour des frais médicaux dépassant le montant couvert, le Secrétaire du Comité consultatif a expliqué que le Comité remboursait ces frais dès lors que la Division des services médicaux constatait qu'ils étaient liés à une blessure imputable au service, qu'ils étaient nécessaires du point de vue médical et que leur coût était raisonnable. Il a ajouté que lorsque des frais médicaux étaient inhabituellement élevés ou récurrents, une autorisation préalable de la Division des services médicaux pouvait être demandée.

76. En juillet 2017, vraisemblablement en réponse à la demande de réexamen présentée par le requérant en juin 2017, le Comité consultatif a examiné le dossier du requérant et n'a trouvé aucune demande de remboursement de frais médicaux. À l'audience, le Secrétaire du Comité consultatif a déclaré qu'en application de l'Appendice D applicable, les frais non médicaux n'étaient pas pris en charge, et que tous les frais médicaux qui remplissaient les conditions requises avaient été payés.

77. Les deux parties ont produit un certain nombre d'échanges de courriels en rapport avec les frais payés par le requérant lui-même. Compte tenu des antécédents médicaux du requérant, un certain nombre de paiements ont été effectués au fil du temps et, dans le cadre du présent litige, il y a eu une certaine confusion quant aux frais dont le requérant demandait le remboursement. Dans ses conclusions finales, le requérant a précisé qu'il demandait le remboursement des dépenses présentées dans certaines annexes jointes à ses conclusions (annexes A20 et A21).

78. Dans un courriel du 1^{er} octobre 2015 (Annexe A20), le requérant avait exposé les dépenses dont il demandait le remboursement : consultations médicales, médicaments sur ordonnance et collets cervicaux, et dépenses engagées lors de visites médicales de suivi au Ghana (dépenses d'hébergement, de télécommunications, de repas, etc.). L'Annexe 21 contient les factures et les pièces justificatives.

79. Le Secrétaire du Comité consultatif a déclaré que tous les frais médicaux qui remplissaient les conditions requises avaient été remboursés, mais il n'y a aucune trace de la décision du Comité consultatif concernant ces frais spécifiques dont le requérant

demande le remboursement. Le Tribunal n'est donc pas en mesure de se prononcer, après examen, sur la régularité de la décision du Comité consultatif à cet égard.

80. Par conséquent, le Tribunal renvoie au Comité consultatif la demande de remboursement des frais engagés par le requérant, présentés dans les annexes A20 et A21, et ordonne au Comité consultatif de rendre une décision motivée et détaillée sur ce point.

Indemnisation pour incapacité partielle ou totale

81. Dans un mémorandum du 18 janvier 2017, la Division des services médicaux a fait savoir au Comité consultatif que puisque le requérant était retourné au travail et ne semblait pas avoir subi de manque à gagner potentiel dans l'exercice de ses fonctions d'alors, les dispositions de l'article 11.1 et de l'article 11.2 de l'Appendice D relatives à l'invalidité ne s'appliquaient pas à lui.

82. À l'audience, le Dr Rowell a dit que l'invalidité était reconnue lorsque la blessure réduisait la capacité de gain. Il a expliqué que puisque le requérant était retourné au travail et n'avait pas subi de manque à gagner au moment de la décision, il avait informé le Comité consultatif que le requérant ne souffrait pas d'une invalidité totale ou partielle au sens des articles 11.1 et 11.2 de l'Appendice D applicable.

83. Il ressort du dossier que le requérant n'a subi aucun manque à gagner puisqu'il a continué de travailler malgré sa blessure jusqu'à sa séparation de l'Organisation. Par conséquent, le Tribunal conclut que le Secrétaire général était fondé à conclure que le requérant ne souffrait pas d'invalidité au sens des articles 11.1 et 11.2 de l'Appendice D applicable.

84. Le requérant a déclaré à l'audience que depuis sa séparation de l'Organisation, il n'avait pu obtenir aucun emploi en raison de son état de santé, qui s'était encore détérioré. Toutefois, cela ne signifie pas que la décision prise en 2017 à cet égard était incorrecte puisque le requérant était toujours employé et recevait alors la totalité de sa rémunération.

85. En conséquence, le Tribunal est d'avis que le Secrétaire général a conclu à juste titre que les dispositions relatives à l'invalidité visées à l'Appendice D applicable ne s'appliquaient pas au requérant à l'époque.

Autres mesures de réparation

86. Le requérant affirme avoir droit à une indemnisation pour de futurs soins médicaux et le recrutement d'une aide médicale à domicile, à une pension d'invalidité spéciale, à une indemnisation du pretium doloris, et à la prise en charge des frais de justice.

87. Dans sa réponse datée des 25 et 27 juillet 2017, le Comité consultatif a informé le requérant que l'Appendice D applicable ne prévoyait ni une indemnisation pour les futurs traitements médicaux et le recrutement d'une aide médicale à domicile, ni de pension spéciale d'invalidité, ni d'indemnisation du pretium doloris. Seule était prévue l'indemnisation des frais médicaux et de la perte définitive d'une fonction.

88. Le Tribunal ne trouve rien à redire à la décision du Comité consultatif. Comme le prévoit l'article 3 de l'Appendice D applicable, l'indemnité accordée au titre de ces dispositions est la seule à laquelle un fonctionnaire a droit pour ce qui est de toute réclamation relevant desdites dispositions. Le requérant ne précise pas les dispositions sur lesquelles il s'appuie pour demander d'autres mesures de réparation.

89. Le Tribunal constate que les articles 11.1, 11.2 et 11.4 prévoient le versement d'une pension annuelle en cas de constatation d'une invalidité totale ou partielle. D'après la déclaration qu'il a faite à l'audience, le requérant affirme semble-t-il que les dispositions relatives à l'invalidité s'appliquent dans son cas compte tenu de son état de santé et de sa situation professionnelle, mais le Tribunal n'est pas compétent pour tirer une quelconque conclusion médicale à cet égard. Par conséquent, si le requérant pense qu'il a droit à une indemnisation supplémentaire en vertu des dispositions relatives à l'invalidité, il peut soumettre une demande accompagnée de pièces justificatives au Comité consultatif pour examen.

Conclusion

90. Par ces motifs, le Tribunal DÉCIDE ce qui suit :
- a. Le défendeur verse au requérant la différence entre le montant déjà payé - 30 412,29 dollars des États-Unis - et le nouveau montant calculé sur la base du barème de la rémunération considérée aux fins de la pension au 16 mai 2017, date de la décision du Secrétaire général ;
 - b. Le Comité consultatif rend une décision motivée et détaillée sur la demande de remboursement des frais encourus par le requérant, présentés dans les annexes A20 et A21 ;
 - c. La demande d'autres mesures de réparation présentée par le requérant est rejetée ;
 - d. Si la somme susmentionnée n'est pas versée dans les 60 jours suivant la date à laquelle le présent jugement devient exécutoire, elle produira intérêt au taux préférentiel des États-Unis majoré de 5 % une fois le délai de 60 jours échu et ce, jusqu'à la date du versement. Le taux préférentiel des États-Unis sera majoré de 5 % supplémentaires à compter de 60 jours au-delà de la date d'exécution du jugement.

(Signé)

M^{me} Joelle Adda

Fait le 15 juillet 2020

Enregistré au Greffe le 15 juillet 2020

(Signé)

Nerea Suero Fontecha, Greffière, New York