

## CINQUANTE-NEUVIEME SESSION ORDINAIRE

### Affaire MANDIL

#### Jugement No 770

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), formée par M. Salah Hussein Mandil le 24 juillet 1985, la réponse de l'OMS datée du 18 octobre, la réplique du requérant du 22 novembre et la duplique de l'OMS en date du 20 décembre 1985;

Vu l'article II, paragraphe 5, du Statut du Tribunal, les articles 720.1, 730 et 1230.1.1 et 1.3 du Règlement du personnel de l'OMS, la disposition II.7, annexe A (les dispositions concernant l'Assurance-maladie du personnel), paragraphes 30, 200.1, 200.2 et 490.3, et l'annexe E (les dispositions régissant le paiement des indemnités), paragraphes 6, 9, 14, 26 b) et 32 c) du Manuel de l'OMS;

Après avoir examiné le dossier;

Vu les pièces du dossier, d'où ressortent les faits et les allégués suivants :

A. Le requérant, ressortissant soudanais, est entré à l'OMS en 1974. Le 7 octobre 1979, il quitta Genève par la Swissair avec un autre fonctionnaire de l'OMS pour une mission à Pékin. L'appareil eut un accident à l'aéroport d'Athènes et ils furent tous deux grièvement blessés. Le requérant a souffert et souffre encore de fortes douleurs dorsales chroniques et de disfonctions lombaires. De novembre 1979 à juin 1981, puis à partir d'octobre 1981, il suivit un traitement physiothérapique. Après une opération chirurgicale, le 24 mai 1982, il resta en convalescence jusqu'au 1er août 1982. En mars 1984, les médecins estimèrent que son état était stable.

La Swissair supporta la totalité des frais médicaux jusqu'à l'expiration de sa responsabilité, au bout de deux ans, le 7 octobre 1981. L'Assurance-maladie du personnel de l'OMS accepta de lui rembourser ensuite les quatre cinquièmes de ses dépenses. Elle régla en novembre 1982 des demandes de remboursement présentées en septembre.

Le 19 octobre 1982, le secrétaire du Comité consultatif pour les questions d'indemnités écrivit à l'intéressé en relevant qu'aux termes de la disposition II.7, annexe E, du Manuel de l'OMS, il aurait pu demander une indemnité pour une "lésion pouvant être imputée à l'accomplissement de fonctions officielles", mais qu'en vertu du paragraphe 26 b), il aurait dû le faire dans les six mois; le Directeur général pourrait néanmoins autoriser le paiement d'une indemnité passé ce délai compte tenu d'une disposition de la dernière partie de ce paragraphe 26 b); le requérant, ainsi invité à présenter une demande, ne répondit pas et fut prié d'expliquer pourquoi. Le 26 octobre, il répliqua que rien ne devait être fait sans son consentement et qu'il était en train de négocier avec la Swissair. Le 27 janvier 1983, il conclut un accord avec la compagnie de navigation aérienne aux termes duquel, en contrepartie d'une somme qu'il n'a pas révélée, il renonçait à toute prétention contre elle. Le 15 mars, le Comité consultatif formula une recommandation adressée au Directeur général. Il faisait observer que le requérant avait renoncé à présenter une demande du moment qu'il cherchait à obtenir une compensation de la Swissair. Il recommanda, entre autres choses, de ne pas donner suite à toute demande que le requérant pourrait présenter à l'avenir et, pour protéger l'OMS "des effets de demandes éventuelles futures", de prier l'intéressé de produire le texte de l'accord passé avec la Swissair. Le Directeur général accepta ces recommandations le 25 mars. Le 27 avril 1983, le secrétaire en informa le requérant qui, le 2 mai, protesta par écrit auprès du président du comité, en faisant valoir que le rapport reposait sur des faits incomplets ou incorrects. Le 10 juin, le secrétaire répondit que la décision du Directeur général en date du 25 mars était définitive.

Le 20 septembre 1983, le requérant présenta de nouvelles demandes de remboursement de frais médicaux. L'Assurance maladie du personnel les transmit à la Swissair qui, le 14 novembre, refusa de les régler en se reportant à l'accord. Le Comité de surveillance de l'Assurance écrivit au requérant le 16 janvier 1984. Il relevait qu'en vertu de la règle 200.1 de la disposition II.7, annexe A, du Manuel, la caisse "ne rembourse pas la partie des

coûts exposés qui a été ou sera remboursée par une autre assurance" (traduction du greffe); le comité doit avoir vu le texte de l'accord conclu avec la Swissair avant de consentir au paiement; le requérant pourrait également avoir à restituer les sommes à lui payées par la caisse en novembre 1982.

Le 14 mars 1984, il écrivit au président du Comité consultatif. Son cas n'avait pas été traité comme il le fallait et il demandait que l'accident fut considéré comme imputable au service, le Directeur général renonçant à l'application du délai de six mois le cas échéant. Il réclamait le remboursement total par la caisse des frais médicaux faisant l'objet de demandes déjà présentées ou futures, le paiement intégral des factures remboursées jusqu'alors partiellement et l'octroi de l'indemnité due aux termes de l'annexe E. Il produisit le texte de l'accord, en omettant de mentionner le montant du règlement, et affirma que la somme en question ne couvrait pas ses frais médicaux. Le 19 avril 1984, le Conseiller juridique déclara que l'affaire était close pour le Directeur général, puisqu'il avait notifié ses décisions le 27 avril 1983. Le 17 juillet, le directeur du Service du budget et des finances prit l'avis du vérificateur aux comptes interne quant à l'exactitude des règlements antérieurs relatifs aux frais médicaux. Le Directeur général autorisa une enquête. En réponse à une lettre du 10 août 1984 dans laquelle le requérant renouvelait sa demande du 14 mars, le Directeur général lui écrivit le 24 août : "Aucune nouvelle mesure ne pourra être prise à propos de votre cas tant que vous n'aurez pas communiqué au Service de vérification interne des comptes le texte complet et le montant du règlement conclu avec la Swissair." Le 25 septembre, il recourut contre cette décision auprès du Comité d'enquête et d'appel. Le 15 novembre 1984, le vérificateur aux comptes interne signala qu'il n'était "plus question" de recouvrer les sommes déjà versées au requérant et qu'il y avait lieu de satisfaire ses demandes en suspens. Dans son rapport du 6 mars 1985, le comité a recommandé, notamment, que la caisse donne satisfaction au requérant et que celui-ci soit autorisé à demander une indemnité "conformément aux procédures normales".

Le Directeur général rejeta cette dernière recommandation par la décision attaquée en l'espèce, qu'il prit le 22 avril 1985 et qui fut notifiée à l'intéressé le 29 avril.

La lettre du 22 avril disait également que le Comité de surveillance examinerait les demandes de remboursement de frais médicaux. Le secrétaire du comité écrivit au requérant le 10 mai 1985; faute de disposer du texte complet de l'accord, le comité ne peut déterminer si le règlement avec la Swissair couvre les frais médicaux; de ce fait, la caisse doit recouvrer les sommes payées en novembre 1982 et rejeter les demandes en suspens. Des retenues ont été opérées depuis lors sur la rémunération mensuelle du requérant.

B. Pour le requérant, son appel relève de l'article 1230.1.3 parce qu'il y a eu "non-observation ou application non fondée des dispositions du Statut du personnel, du Règlement du personnel ou des termes de son contrat". La disposition II.7, annexe A, paragraphe 30, du Manuel disant que les fonctionnaires participent à l'Assurance-maladie du personnel "en tant que condition de leur emploi" (traduction du greffe), le rejet erroné de ses demandes tombe sous le coup de l'article 1230.1.3 du Règlement. Il allègue l'inobservation de l'article 730 du Règlement : "En cas de ... dommages corporels imputables à l'exercice de fonctions officielles ..., tout membre du personnel [a] droit à une indemnité ...". Certes, il n'a pas demandé en temps opportun le remboursement des frais médicaux aux termes de la disposition II.7, annexe E, paragraphe 9, du Manuel, ni une indemnité pour invalidité partielle en vertu du paragraphe 14. Mais le délai de six mois a pour objet de permettre au Directeur général d'être informé rapidement d'un accident et, en l'occurrence, l'accident était de notoriété publique dès le début. En outre, l'OMS n'a pas pris contact avec lui formellement pendant trois ans. Elle a traité l'autre fonctionnaire victime de l'accident avec beaucoup plus de considération. Son propre cas a été examiné de façon arbitraire, dilatoire et négligente. L'OMS a manqué à son devoir de respecter sa dignité et sa réputation et d'éviter de le jeter inutilement dans la détresse. Nul ne s'est occupé de lui, sur les plans personnel et administratif, pendant des années de grandes souffrances. L'OMS l'a humilié en soumettant ses demandes de remboursement à une enquête quand bien même elle était en possession du texte de son accord avec la Swissair. Des fuites et des bavardages ont porté un tort irréparable à son renom. Les retenues sur le traitement sont insultantes; elles n'entrent d'ailleurs dans aucun des cas de déductions autorisées, qui sont énumérées aux paragraphes 6 et 32 c) de l'annexe E. Il prie le Tribunal d'annuler la décision du 22 avril 1985 et d'ordonner à l'OMS de régler intégralement ses demandes de remboursement de frais médicaux relatives à l'accident survenu du fait du service, de l'autoriser à demander une indemnité pour une invalidité partielle permanente, d'examiner les demandes conformément aux procédures généralement appliquées, de décider si une réparation lui est due et, dans ce cas, de fixer son montant et de lui payer 100.000 dollars des Etats-Unis pour tort moral et 5.000 à titre de dépens.

C. Dans sa réponse, l'OMS s'attache à rectifier la version des faits donnée par le requérant. Elle relève qu'il a refusé de demander une indemnité pour invalidité. Le secrétaire du comité consultatif lui a envoyé les formules

nécessaires par l'intermédiaire de son assistant administratif peu après l'accident et on lui rappela à maintes reprises qu'il pouvait présenter une demande. De surcroît, l'OMS n'avait aucune raison de craindre pour la santé de l'intéressé jusqu'à son opération; après tout, il n'avait jamais cessé de travailler avant février 1982. Dans sa lettre du 22 avril 1985, le Directeur général, tout en rejetant les recommandations du Comité d'enquête et d'appel, disait qu'il reconsidérerait la question de l'indemnité pourvu que le requérant communique le texte complet de l'accord, y compris le montant payé; à défaut, l'OMS pouvait présumer qu'il avait obtenu une compensation de la part de la Swissair. Il refusa cette nouvelle occasion, vraisemblablement parce qu'il entend garder la totalité du montant reçu de la Swissair, contrairement au paragraphe 32 c) de l'annexe E : "Dans la mesure où les montants recouverts par un membre du personnel ou en son nom ... ont trait à des dommages donnant lieu à réparation en vertu de la présente annexe, ces montants serviront tout d'abord à rembourser les sommes déjà payées par l'Organisation et à réduire la responsabilité de l'Organisation pour ce qui est de paiements futurs" (traduction du greffe). La compensation versée par la Swissair doit avoir couvert des types de dommages prévus dans les règles de l'OMS en la matière, le seul point incertain étant la proportion de la réparation attribuée au titre de chacun de ces dommages. La somme est pertinente parce qu'un montant élevé donnerait à penser que la totalité des dommages prévus a été pleinement couverte. L'autre fonctionnaire blessé dans l'accident a été traité autrement parce que les faits étaient différents : il a demandé une indemnisation le 13 mars 1980 et il a soumis à l'approbation de l'Organisation le texte complet de son accord avec la Swissair. Le rapport du vérificateur aux comptes interne, favorable au requérant et critique pour l'OMS, reposait sur une compréhension erronée des faits et du droit. Le cas du requérant a été traité de manière confidentielle et n'a été connu que de très peu de fonctionnaires.

Selon l'OMS, la demande d'indemnisation est irrecevable et le fait que le Comité d'enquête et d'appel l'a accordée quant au fond n'empêche pas l'Organisation de soulever ce moyen devant le Tribunal. Ce que l'intéressé a contesté dans son appel du 3 septembre 1984, c'était la décision du 27 avril 1983, que celle du 24 août 1984 ne faisait que confirmer; il y avait donc forclusion et les moyens de recours internes n'ont pas été épuisés. Bien que le délai fixé au paragraphe 26 b) de l'annexe E soit appliqué de façon souple, il est raisonnable de s'y tenir lorsque le fonctionnaire refuse de présenter une demande. De plus, le requérant avait même décliné l'offre du Directeur général de reconsidérer la question.

Quant aux demandes de remboursement de frais médicaux, la requête est prématurée car ce n'est pas la décision du 22 avril 1985 qui les a rejetées définitivement. De toute façon, elle est mal fondée. Tant que le requérant n'aura pas fait connaître le montant du règlement, l'OMS est en droit de présumer que les sommes demandées ont été couvertes par la Swissair. Celui qui entend faire annuler une décision doit produire des éléments de preuve à l'appui de ses prétentions. L'intéressé n'a pas droit à un double remboursement, les règles applicables étant les paragraphes 200.2 et 490.3 de l'annexe A.

D. Dans sa réplique, le requérant fait valoir que le compte rendu des faits de l'OMS est tendancieux. Il s'étend longuement sur les moyens relatifs à la recevabilité et, quant au fond, sur ses demandes d'indemnité et de remboursement de frais médicaux. Il avance plusieurs raisons pour expliquer que son appel interne a été interjeté en temps opportun, à savoir notamment que la décision du 24 août 1984, qu'il contestait, loin d'être une simple confirmation, reposait sur des faits nouveaux. Il main tient que le traitement inéquitable qui lui a été infligé s'inspire de l'hostilité personnelle, en particulier du président du Comité consultatif pour les questions d'indemnités, qui est également le sous-directeur général chargé de l'administration et des finances. Il constate que l'Organisation, quand elle a appris toute la gravité de son invalidité, a fait de son mieux pour l'empêcher de demander réparation. Elle ne lui a pas donné une nouvelle possibilité de présenter une demande car elle a fixé une condition inacceptable. Elle a procédé à une enquête blessante sur l'honnêteté de ses demandes antérieures et étouffé les conclusions du vérificateur aux comptes en sa faveur. La seule explication possible de cette attitude, c'est la "partialité manifestée à son détriment", au sens de l'article 1230.1.1 du Règlement du personnel.

E. Dans sa duplique, l'OMS revient sur d'autres détails des faits et développe son argumentation antérieure sur la recevabilité et sur le fond. Tout en admettant que l'une et l'autre parties peuvent avoir parfois commis des fautes, elle soutient que la décision attaquée précisait que l'Organisation donnerait suite à une demande d'indemnité pourvu qu'elle ait des éléments établissant qu'il n'y aurait pas une double réparation. Elle écarte les accusations de partialité au détriment du requérant en tant que "pure rhétorique", formulées sans l'ombre d'une preuve.

CONSIDERE :

1. Le requérant, entré au service de l'OMS le 14 janvier 1974, exerce les fonctions de directeur de la Division de l'appui aux systèmes d'information, au grade D 2.

Le 7 octobre 1979, il souffrit de lésions dorsales lors d'un accident d'aviation au cours d'une mission officielle pour l'OMS. Sur l'avis de son médecin traitant, il reçut des soins physiothérapeutiques intensifs de novembre 1979 à juin 1981; à ce moment, de nouveau sur l'avis de ses médecins, le traitement fut interrompu en vue de déterminer si son état s'était stabilisé. En octobre 1981, l'état du requérant s'étant détérioré, il reprit le traitement physiothérapeutique. En mai 1982, à la suite de consultations entre ses médecins, le requérant subit une opération pour deux hernies discales. Il recommença à travailler le 1er août 1982.

En septembre 1982, le requérant présenta un certain nombre de notes de frais médicaux pour remboursement par l'Assurance maladie du personnel de l'OMS. Elles lui furent remboursées à 80 pour cent, ainsi que le règlement de l'Assurance-maladie le prévoit, en novembre 1982.

Le 20 septembre 1983, il demanda le remboursement de deux nouvelles notes, ce qui lui fut refusé.

Le 14 mars 1984, il s'adressa au Comité consultatif pour les questions d'indemnités, nommé en vertu des dispositions régissant le paiement des indemnités qui figurent à l'annexe E du Manuel de l'OMS.

Il demandait :

- a) que les lésions soient reconnues comme imputables à l'exercice de fonctions officielles, le Directeur général étant prié, si besoin était, de renoncer à appliquer le délai de six mois;
- b) que les notes de frais médicaux concernant son accident déjà remboursées par l'Assurance-maladie de l'OMS A raison de 80 pour cent soient réglées à 100 pour cent;
- c) que les notes de frais médicaux en suspens ou éventuellement à venir relatives aux dommages corporels subis soient également remboursées à 100 pour cent;
- d) que son incapacité soit évaluée par le directeur du Service médical commun et qu'une indemnité lui soit accordée sur cette base.

Le 19 avril 1984, l'OMS lui rappela que le Directeur général avait accepté une recommandation du Comité consultatif concluant au rejet de toute demande de remboursement présentée par le requérant relativement à l'accident d'avion du 7 octobre 1979 et déclara que le Directeur général considérait que l'affaire était close.

Le 25 septembre 1984, le requérant recourut auprès du Comité d'enquête et d'appel du siège contre le rejet de ses demandes. Le comité recommanda le remboursement des factures présentées d'assurance conformément au règlement en la matière; il demandait également d'autoriser le requérant à présenter formellement une demande d'indemnisation. Le Directeur général rejeta cette recommandation par une lettre du 22 avril 1985, dont il sera question plus loin.

### Considérations préliminaires

2. Le requérant demande qu'un ancien membre du personnel de l'OMS qui, comme lui, avait survécu à l'accident du 7 octobre 1979, soit entendu en qualité de témoin pour "confirmer et compléter" les faits relatifs à l'accident ainsi qu'à la façon dont il avait été traité et à la réparation qu'il avait reçue tant de la compagnie de navigation aérienne que de l'Assurance-maladie du personnel de l'OMS.

Le Tribunal rejette cette demande en raison de la conclusion qu'il formule plus loin sous 7.

### Sur le régime d'indemnisation

3. Ainsi qu'il est dit à l'article 730 du Règlement du personnel, tout membre du personnel a droit à une indemnité conformément aux dispositions fixées par le Directeur général en cas de maladie, de dommages corporels ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles pour le compte de l'OMS. Les dispositions en question figurent à l'annexe E du Manuel de l'OMS. Le paragraphe 26 est ainsi conçu :

"(a) Le Directeur général doit être informé dès que possible de toute maladie ou de tout accident qui peut être imputable à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation mondiale de la Santé.

(b) Aucune demande d'indemnités au titre de la présente annexe ne sera prise en considération si elle n'est pas présentée dans les six mois suivant l'accident, la manifestation et le diagnostic de la maladie, ou le décès; le Directeur général peut toutefois accepter de prendre en considération une demande présentée après le délai prévu s'il estime que le retard est motivé par des raisons valables."

Le requérant admet qu'il n'a pas avisé le Directeur général des dommages corporels subis dans l'exercice de fonctions officielles. Il reconnaît aussi n'avoir pas présenté de demande d'indemnités dans les six mois suivant l'accident.

Le paragraphe 32 des dispositions de l'annexe E a la teneur suivante :

"(a) Si le Directeur général a lieu de croire qu'un tiers peut être juridiquement tenu de verser des dommages et intérêts pour une maladie, un accident ou un décès ouvrant droit à indemnisation aux termes de la présente annexe, il peut exiger du membre du personnel intéressé ou de ses survivants qu'il intentent une action pour obtenir que ledit tiers s'acquitte de cette obligation, ou qu'ils attribuent à l'Organisation tous droits d'intenter cette action.

(b) Le membre du personnel ou ses survivants prêteront à l'Organisation tout le concours nécessaire dans la poursuite d'une telle action. Le membre du personnel ou ses survivants ne procéderont à aucun règlement d'une action ainsi intentée ou d'une poursuite quel conque engagée contre un tiers sans le consentement du Directeur général.

(c) Dans la mesure où les sommes ainsi obtenues par le membre du personnel ou ses survivants, ou pour leur compte, se rapportent à des chefs de réclamation ouvrant droit à indemnisation aux termes des dispositions de la présente annexe, ces sommes serviront en premier lieu à rembourser à l'Organisation des montants qu'elle aura déjà versés et à réduire la responsabilité de l'Organisation en ce qui concerne les paiements à venir."

Ainsi donc, le paragraphe 32 prévoit la subrogation des droits du requérant à l'Assurance-maladie et montre clairement que le régime de l'OMS ne prévoit qu'une indemnisation et ne permet pas au membre du personnel de tirer profit de la perte subie.

Sur l'Assurance-maladie du personnel de l'OMS

4. L'article 720.1 du Règlement du personnel oblige les fonctionnaires à s'affilier à l'Assurance-maladie du personnel et à participer à son coût. Les prestations comprennent le remboursement des soins médicaux et infirmiers à raison de 80 pour cent sous réserve de certaines exceptions : l'assurance ne rembourse notamment pas les dépenses engagées qui ont été ou seront remboursées par une autre assurance, une caisse de sécurité sociale ou une institution analogue. En fait, il s'agit d'un régime versant des indemnités.

Les demandes de remboursement doivent être présentées dans les six mois suivant la réception de la note d'honoraires pour les services rendus et au plus tard dix-huit mois après la fin du traitement. Un comité de surveillance est institué au siège; il est habilité, entre autres choses, à écarter les demandes qu'il n'estime pas formulées de bonne foi et à réduire le montant payé en cas de prétentions excessives. Toute demande de remboursement est susceptible d'appel à la Commission médicale dont la décision est définitive.

Sur le comportement des parties

5. Il ressort du dossier que peu après l'accident, la compagnie de navigation aérienne informa le requérant qu'elle accepterait et rembourserait intégralement toute note de frais médicaux. En conséquence, l'intéressé paya de sa poche les honoraires des médecins et du physiothérapeute et se fit rembourser par la compagnie.

En novembre 1979, puis en juillet 1980, l'OMS aborda avec la compagnie la question du recouvrement des sommes payées au requérant durant le congé de maladie ayant suivi l'accident. Ces initiatives n'eurent aucun résultat.

Le 5 août 1982, dans une lettre à l'OMS, les avocats de la compagnie appelaient l'attention sur l'article 29 de la Convention de Varsovie modifiée à La Haye le 28 septembre 1955, qui limite à deux ans à compter de l'accident la période pendant laquelle des prétentions peuvent être émises contre le transporteur aérien. Ils déclaraient que nonobstant la péremption des droits du requérant, la compagnie était disposée à conclure avec lui un arrangement raisonnable.

Le 19 octobre 1982, le secrétaire du Comité consultatif disait notamment, dans une lettre au requérant :

"En outre, je crois savoir que vous n'entendez pas présenter une demande aux termes des dispositions de l'OMS régissant le paiement des indemnités. Toutefois, par souci de clarté et étant donné qu'il n'y a aucun précédent (à ma connaissance) d'un membre du personnel qui aurait renoncé à présenter une telle demande, pour s'entendre indépendamment avec un tiers, je vous saurais gré de me faire parvenir dans les meilleurs délais une déclaration écrite précisant votre position, de façon qu'elle puisse être soumise à l'examen du Comité consultatif pour les questions d'indemnités ...".

Le requérant répondit qu'il n'avait pas présenté de demande d'indemnité à l'OMS dans le délai de six mois. Il n'était pas informé de cette limite et ne pensait pas que la production d'une demande fût nécessaire puisque la compagnie de navigation aérienne s'était engagée à couvrir ses frais médicaux. Il ajoutait qu'il tiendrait l'OMS au courant de tout progrès réalisé dans le dialogue "de bonne volonté" entre son avocat et la compagnie.

Le 27 janvier 1983, le requérant signa un accord avec la compagnie, dans lequel il déclarait n'avoir plus aucune prétention à son encontre à la suite du paiement qui lui avait été fait, dont il n'a jamais révélé le montant.

Ayant eu connaissance le 4 mars 1983 de cet accord, l'OMS estima que pour se protéger contre de futures prétentions et pour pouvoir régler la demande de remboursement de frais médicaux présentée par le requérant, elle devait être informée de tous les termes de l'accord. Le Directeur général déclarait dans sa lettre du 22 avril 1985, que nonobstant sa décision de rejeter la recommandation du Comité d'enquête et d'appel du siège, il serait prêt à réexaminer la possibilité d'autoriser le requérant à demander une indemnité si celui-ci s'engageait par écrit auprès du Comité consultatif, au plus tard le 31 mai 1985 : i) à lui communiquer, sur sa demande, le texte intégral de l'accord passé avec la compagnie de navigation aérienne, y compris le montant en cause; ii) à lui fournir tous les éclaircissements ou tous les documents utiles dont il pourrait avoir besoin. Le Directeur général faisait observer qu'en l'absence de cette marque de collaboration du requérant, il y aurait lieu de présumer que celui-ci avait reçu pleine compensation pour toutes les conséquences de l'accident. Le requérant n'a pas réagi à cette offre.

Sur les allégations de vices de procédure

6. Le requérant soutient que l'OMS a enfreint les dispositions régissant le paiement des indemnités en ne prenant contact avec lui que trois ans après l'accident. L'OMS, de son côté, affirme que les formules de demande d'indemnités lui avaient été adressées par l'intermédiaire de son assistante administrative. Le requérant argue que celle-ci n'avait pas été désignée comme intermédiaire pour les questions d'assurance-maladie et que l'on aurait dû prendre contact directement ou lui écrire pour un sujet d'un caractère strictement personnel.

De l'avis du Tribunal, cette thèse est mal fondée. Premièrement, la transmission de formules par l'intermédiaire de l'assistante administrative est simple routine administrative. Secondement, le requérant connaissait, ou aurait dû connaître; en sa qualité de directeur de division, les exigences des dispositions régissant le paiement des indemnités.

Le requérant affirme en outre que le Comité consultatif pour les questions d'indemnités a agi au mépris des dispositions réglementaires en considérant son cas sans se référer à un rapport médical. Il se trompe. Aux termes du paragraphe 28 des dispositions régissant le paiement des indemnités, le Directeur général peut saisir, pour avis, une commission médicale en cas de divergence d'opinion touchant les aspects médicaux du rapport entre une maladie ou un accident et l'exercice de fonctions officielles au service de l'OMS. Or il n'y a pas de divergence d'opinion en l'espèce.

L'OMS fait valoir que la décision attaquée du 22 avril 1985 confirmait simplement une décision antérieure qui n'avait pas donné lieu à un appel; que la requête est donc irrecevable dans la mesure où elle concerne une indemnité demandée en vertu des dispositions régissant le paiement des indemnités. Le 15 mars 1983, le Comité consultatif a formulé une recommandation adressée au Directeur général, de ne plus accepter à l'avenir de demandes de remboursement en vertu des dispositions précitées à la suite de l'accident. Le Directeur général a fait sien cette recommandation et le requérant en a été informé.

Le paragraphe 29 a) des dispositions régissant le paiement des indemnités dispose ce qui suit :

"Il est créé un comité consultatif pour les questions d'indemnités, qui est chargé de formuler, à la demande du Directeur général, des recommandations concernant les demandes d'indemnités présentées aux termes des présentes

dispositions."

Le 15 mars 1983, le Comité consultatif n'était saisi d'aucune demande et il n'y avait donc aucune base juridique permettant au comité de formuler une recommandation ou au Directeur général de prendre une décision. Aussi l'objection d'irrecevabilité formulée par l'OMS est-elle écartée.

Sur les conclusions de la requête

7. Le requérant demande l'annulation de la décision dans la mesure où celle-ci rejette les recommandations du Comité d'enquête et d'appel préconisant de lui rembourser les factures de soins médicaux et de l'autoriser à demander officiellement une indemnité.

Le Directeur général a rejeté à bon escient les recommandations, le requérant ayant refusé d'indiquer le montant reçu de la compagnie de navigation aérienne dans le cadre d'un accord relatif aux "dommages corporels, matériels (notamment frais médicaux et pharmaceutiques) ou pour tort moral". Comme l'Assurance-maladie prévoit uniquement le paiement d'indemnités, le requérant n'a pas droit au remboursement si la compagnie de navigation aérienne a déjà remboursé entièrement ses frais. Le raisonnement relatif à la première conclusion vaut également pour la seconde, qui échoue également. La troisième conclusion demande au Tribunal d'enjoindre au Directeur général d'accepter une demande d'indemnité présentée hors des délais prescrits. Le Directeur général dispose en la matière d'un pouvoir d'appréciation et le Tribunal, selon sa jurisprudence, ne peut annuler une telle décision que si elle émane d'un organe incompétent, est affectée d'un vice de forme ou de procédure, repose sur une erreur de fait ou de droit omet de tenir compte de faits essentiels, est entachée de détournement de pouvoir ou tire du dossier des conclusions manifestement inexacts. Tel n'étant pas le cas, cette conclusion est également rejetée. Dans sa quatrième conclusion, le requérant demande réparation pour le préjudice moral subi en raison du tort porté à sa réputation. Le Tribunal estime que la conclusion est dépourvue de fondement.

Le Tribunal n'ordonnera pas le paiement de dépens.

Par ces motifs,

DECIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi Jugé par M. André Grisel, Président du Tribunal, M. Jacques Ducoux, Vice-président, et le très honorable Sir William Douglas, Juge suppléant, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 12 juin 1986.

(Signé)

André Grisel  
Jacques Ducoux  
William Douglas  
A.B. Gardner