

**O.-W. (n<sup>os</sup> 1 et 2)**

**c.**

**Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose  
et le paludisme**

**120<sup>e</sup> session**

**Jugement n<sup>o</sup> 3506**

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, formée par M<sup>me</sup> E. O.-W. le 1<sup>er</sup> juin 2012 et régularisée le 29 août;

Vu le courrier du 24 septembre par lequel le Fonds mondial a demandé une suspension de procédure, la lettre du 26 septembre par laquelle la requérante a présenté une demande similaire, ainsi que le courriel et la lettre de la greffière du Tribunal du 28 novembre 2012 informant les parties que le Président du Tribunal avait rejeté ces demandes;

Vu la lettre du 17 janvier 2013, confirmant celle du 19 décembre 2012 par laquelle la requérante informait la greffière qu'elle entendait se désister de sa requête, le courrier du 29 janvier 2013 dans lequel le Fonds mondial a demandé que la requérante soit condamnée à assumer les coûts engendrés par le traitement de ladite requête et le courriel de la greffière du 4 février informant le Fonds mondial que, pour que le Tribunal puisse se prononcer sur cette demande, la procédure devait suivre son cours;

Vu la réponse du Fonds mondial du 27 février 2013, la réplique de la requérante du 22 avril et la duplique du Fonds mondial du 24 juillet 2013;

Vu la deuxième requête dirigée contre le Fonds mondial, formée par M<sup>me</sup> O.-W. le 19 décembre 2012 et régularisée le 24 janvier 2013, la

réponse du Fonds mondial du 21 mai, la réplique de la requérante du 26 juin et la duplique du Fonds mondial du 30 septembre 2013;

Vu les pièces produites par les parties par suite du supplément d'instruction ordonné par le Tribunal;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal;

Après avoir examiné les dossiers, la procédure orale n'ayant été ni sollicitée par les parties ni ordonnée par le Tribunal;

Vu les pièces des dossiers, d'où ressortent les faits suivants :

La requérante conteste le refus qui a été opposé à certaines de ses demandes de prise en charge de frais médicaux.

La requérante est entrée au service du Fonds mondial en février 2004, en qualité d'assistante exécutive du Directeur exécutif. De novembre 2006 à mars 2007, elle fut à plusieurs reprises absente pour cause de maladie. Lorsqu'elle reprit le travail, un nouveau directeur exécutif allait prendre ses fonctions. Elle affirme que ce dernier l'a privée de toute fonction et mise à l'écart. Le 7 janvier 2008, son poste fut supprimé et elle fut réaffectée.

À partir du mois de février 2009, la requérante fut placée en congé de maladie. Ayant présenté une demande de rente d'invalidité, elle fut informée, par courrier du 30 mai 2011, qu'elle était mise au bénéfice d'une telle rente au taux de 50 pour cent avec effet rétroactif au mois d'août 2010 et que son invalidité était considérée comme imputable au service. Il lui était précisé qu'une nouvelle évaluation de son état de santé devrait avoir lieu à la fin de l'année 2011.

À partir du 14 novembre 2011, la requérante dut suivre un traitement dans un hôpital. Par courrier du 16 novembre, l'assureur lui fit savoir qu'il refusait de prendre en charge les frais liés à cette hospitalisation au motif que «le maximum remboursable» avait déjà été atteint.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2012, le Fonds mondial confia la gestion de son régime d'assurance maladie à un autre assureur; l'ancien assureur resta en charge de l'assurance invalidité uniquement. Par courriel du 20 janvier 2012, le nouvel assureur fit savoir que, pour le même motif, il refusait lui aussi de prendre en charge les frais liés à l'hospitalisation de la requérante. Les

deux courriels de relance que la requérante adressa à chacun des assureurs le 31 janvier restèrent sans réponse.

Par lettre du 6 mars 2012, le conseil de la requérante rappela au Directeur général du Fonds mondial que, conformément aux textes applicables, les frais encourus par suite d'une maladie imputable au service devaient être pris en charge à 100 pour cent. Par conséquent, elle lui demandait de mettre les assureurs en demeure de prendre en charge les factures impayées et les frais liés à son hospitalisation pour la période concernant chacun d'eux, à savoir celle du 14 novembre au 31 décembre 2011 et celle ayant débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2012 respectivement. Elle sollicitait également le paiement d'intérêts. Par courrier du 15 mars 2012, la directrice du Département des ressources humaines lui fit savoir que, dans la mesure où, en décembre 2011, elle ne s'était pas soumise à l'évaluation médicale qui aurait dû permettre de déterminer s'il était justifié de continuer à lui verser une rente d'invalidité, il ne lui était pas possible de donner quelque instruction que ce soit à l'assureur pour la période postérieure au 31 décembre 2011. Faute de moyens, la requérante déclare avoir mis un terme le 31 mars 2012 au traitement qu'elle suivait à l'hôpital.

Le 18 mai, la requérante saisit le Comité de recours, choisissant la procédure écrite. Elle formula des conclusions similaires à celles qu'elle avait présentées le 6 mars et, à titre subsidiaire, demanda que le Fonds mondial prenne lui-même en charge ses frais d'hospitalisation et lui verse des intérêts. En outre, elle réclamait des dommages-intérêts pour tort moral. La requérante fut de nouveau hospitalisée du 30 mai au 20 septembre 2012.

Le 1<sup>er</sup> juin, elle forma sa première requête devant le Tribunal, attaquant la décision du 15 mars, reprenant, pour l'essentiel, les conclusions formulées dans son recours du 18 mai et sollicitant le paiement de 10 000 francs suisses à titre de dépens.

Par courrier du 30 août 2012, l'ancien assureur avisa la requérante qu'il acceptait de prendre en charge les frais correspondant à la période prenant fin le 31 décembre 2011 et lui précisa que les frais médicaux exposés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 pourraient également être pris en charge à condition qu'ils «soient en relation avec le travail» et «après

l'accord préalable du médecin-conseil de l'assureur». Par courriel du 5 septembre, la requérante se vit notifier la réponse de l'administration à son recours. Ce même courriel l'informait également que, compte tenu de la décision de l'ancien assureur de prendre en charge ses frais d'hospitalisation, le président du Comité de recours, considérant que l'affaire était close, avait «suspendu»\* le traitement de son recours. Le 27 septembre, la requérante écrivit au Comité de recours, contestant que son dossier soit clos. Elle demandait que le Fonds mondial mette l'assureur en charge de la gestion du régime d'assurance depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 en demeure de lui rembourser avec intérêts ses frais d'hospitalisation pour la période comprise entre cette date et le 31 mars 2012. En outre, elle réitérait sa demande de dommages-intérêts pour tort moral. Il lui fut répondu que le Comité de recours n'était pas compétent pour examiner le bien-fondé des décisions prises par les assureurs.

Par lettre du 19 décembre 2012, la requérante indiqua à la greffière du Tribunal que le Comité de recours avait clos la procédure d'examen de son recours alors que certains points étaient encore en suspens et que l'administration n'avait depuis lors pas rendu de décision définitive. Elle l'informait qu'elle entendait se désister de sa première requête pour en former une deuxième dans laquelle elle attaquait la décision implicite de rejet de son recours interne. Dans cette requête, elle demande au Tribunal d'annuler la décision du 15 mars 2012 et de condamner le Fonds mondial à mettre l'un ou l'autre des assureurs en demeure de prendre en charge ses frais d'hospitalisation pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012 et de lui verser des intérêts à compter du 15 février 2012. À titre subsidiaire, elle souhaite que le Fonds mondial soit lui-même condamné à prendre en charge ses frais d'hospitalisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et à lui verser des intérêts. En outre, elle réclame le paiement d'une somme de 50 000 francs en réparation du tort moral subi, ainsi que de 10 000 francs «à titre de dépens et de participation aux honoraires d[e son] conseil».

---

\* Traduction du greffe.

Relevant que la première requête est irrecevable pour non-épuisement des voies de recours interne et considérant que le Tribunal n'est pas compétent *ratione materiae*, le Fonds mondial sollicite de ce dernier qu'il déclare ladite requête abusive et condamne la requérante à lui verser 25 000 francs suisses à titre de dépens et à participer à ses «frais juridiques». Le Fonds mondial demande en outre au Tribunal de «déclarer que le désistement de la requérante a l'effet "d'autorité de la chose jugée" et que la requérante ne peut plus se prévaloir d'une requête, même similaire, devant une juridiction internationale (ou domestique)».

Dans la réplique qu'elle présente dans le cadre de sa première affaire, la requérante demande au Tribunal de débouter le Fonds mondial de toutes ses conclusions et de le condamner à lui rembourser «tous les frais de [...] procédure» et à lui verser 5 000 francs suisses à titre de «participation aux honoraires d[e son] conseil». Dans sa duplique, le Fonds mondial maintient sa position.

Dans sa réponse à la deuxième requête, le Fonds mondial fait valoir que le retrait de la première requête «a force de chose jugée» et que la requérante n'est donc pas recevable à saisir le Tribunal d'une requête similaire, voire identique, à la précédente. En outre, le Fonds mondial explique qu'il n'est pas partie au litige entre la requérante et les assureurs et que le Tribunal n'est donc pas compétent. Il ajoute que les conclusions qui sont recevables *ratione materiae*, à savoir celles relatives à l'octroi de dommages-intérêts et à la participation aux frais d'avocat, sont irrecevables pour non-épuisement des voies de recours interne. Estimant que ladite requête est abusive, le Fonds mondial demande au Tribunal d'ordonner que la requérante soit condamnée au paiement des «frais et dépens de la [...] procédure» et à lui verser une somme de 20 000 francs «à titre de participation aux frais d'avocat générés par son comportement téméraire».

Dans la réplique qu'elle soumet dans le cadre de sa deuxième affaire, la requérante s'attache à démontrer que ses conclusions sont toutes recevables et en ajoute de nouvelles tendant à ce que le Fonds mondial mette les assureurs en demeure de prendre en charge les frais relatifs à d'autres soins médicaux encourus jusqu'au 30 juin 2013 ou,

à titre subsidiaire, à ce que le Fonds mondial prenne lui-même ces frais en charge. Elle demande au Tribunal de condamner le Fonds mondial au paiement des «frais et dépens de la [...] procédure» et porte à 15 000 francs le montant de la somme qu'elle réclame «à titre de dépens et de participation aux honoraires d[e son] conseil». Dans sa duplique, le Fonds mondial réitère sa position.

CONSIDÈRE :

1. Les deux requêtes, introduites, pour l'une, dans les jours ayant suivi la saisine du Comité de recours, et, pour l'autre, après que la procédure engagée devant cet organe eut été interrompue, visent, en substance, à contester le refus des autorités du Fonds mondial d'intervenir auprès des assureurs de l'organisation en vue de la prise en charge de frais de traitements médicaux exposés par la requérante.

2. Ces requêtes, qui tendent ainsi fondamentalement aux mêmes fins, sont, dans une grande mesure, interdépendantes. Il y a donc lieu de les joindre pour qu'elles fassent l'objet d'un seul jugement.

3. Par une lettre en date du 17 janvier 2013, la requérante s'est désistée de sa première requête. Ce désistement n'étant assorti d'aucune réserve et le défendeur ayant informé le Tribunal, le 29 janvier suivant, qu'il n'avait «absolument aucune objection» à celui-ci, il convient d'en donner acte.

4. Estimant que la requête en cause présentait un caractère abusif, le Fonds a néanmoins tenu à poursuivre la procédure malgré ce désistement, en vue d'obtenir la condamnation de la requérante à lui verser des dépens.

Sans exclure par principe de prononcer une telle condamnation à l'encontre d'un requérant (voir, notamment, les jugements 1884, 1962, 2211 et 3043), le Tribunal ne saurait toutefois user de cette possibilité que dans des situations exceptionnelles. Il est en effet essentiel que les fonctionnaires internationaux puissent bénéficier d'un accès ouvert

à celui-ci sans avoir à subir l'effet dissuasif, voire rédhibitoire, d'une éventuelle condamnation de cet ordre. Or, en l'espèce, la requête précitée ne saurait être regardée, même si elle était clairement irrecevable faute d'épuisement des voies de recours interne, comme présentant un caractère manifestement abusif. Les conclusions reconventionnelles ainsi présentées par le Fonds seront donc écartées.

5. Dans sa réplique, la requérante a cru devoir, en retour, solliciter la condamnation du défendeur à lui verser des dépens au titre de la prolongation inutile de la procédure relative à cette requête. Dans les circonstances de l'espèce, il n'y a pas davantage lieu de faire droit à cette demande.

6. S'agissant de la deuxième requête, dont il sera traité ci-après, il importe d'abord de relever que le litige soumis au Tribunal ne porte plus, dans le dernier état de la procédure, que sur la prise en charge des frais d'hospitalisation encourus par la requérante pendant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012.

Si l'intéressée avait étendu ses conclusions, dans le cadre de sa réplique, au remboursement de frais relatifs aux autres soins médicaux dont elle a bénéficié jusqu'au 30 juin 2013, le Tribunal a été informé par celle-ci, à l'occasion d'un supplément d'instruction, que les débours en question avaient depuis lors été pris en charge par l'assureur concerné. Ces conclusions additionnelles sont donc aujourd'hui devenues sans objet.

7. Le Fonds oppose à la requête diverses exceptions et fins de non-recevoir.

8. Le Tribunal ne retiendra pas l'objection du défendeur selon laquelle le désistement auquel a donné lieu la première requête ferait obstacle à ce que puisse être valablement introduite une autre requête ayant, en substance, le même objet.

Ainsi que le conseil de la requérante l'avait expliqué dans un courrier adressé au Tribunal le 19 décembre 2012, ce désistement était précisément justifié par l'introduction concomitante d'une seconde requête, faisant

suite à la clôture de la procédure de recours interne, et la lettre du 17 janvier 2013 précitée mentionnait d'ailleurs expressément que l'intéressée entendait y procéder «au vu de sa nouvelle requête». Il est donc parfaitement clair qu'il ne s'agissait pas, en l'occurrence, d'un désistement d'action, par lequel la requérante aurait renoncé à la possibilité d'introduire toute requête tendant aux mêmes fins que la première, mais d'un simple désistement d'instance, qui n'a nullement un tel effet. Ni ce désistement en lui-même, ni l'autorité de chose jugée qui s'attache au présent jugement par lequel il en sera donné acte, ne sauraient donc, à l'évidence, faire obstacle au dépôt de la seconde requête en cause.

9. Le défendeur soutient ensuite que le litige soulevé par la requérante échapperait à la compétence du Tribunal, dès lors que celui-ci opposerait l'intéressée aux assureurs et ne concernerait donc pas, selon lui, l'organisation elle-même. Mais le Fonds se méprend ainsi radicalement tant sur la nature de ce litige que sur les obligations qui lui incombent en la matière.

La protection sociale dont bénéficient les fonctionnaires internationaux fait partie intégrante de leurs conditions d'emploi, qui relèvent de la responsabilité de l'organisation pour laquelle ils travaillent. Il en résulte que, contrairement à ce que soutient le défendeur avec insistance, lorsqu'une organisation a confié, comme en l'espèce, à un assureur privé le soin de prendre en charge cette protection sociale, il lui appartient de vérifier que celui-ci traite correctement les demandes de prestations formulées par les intéressés. En telle hypothèse, l'organisation répond en effet du comportement de son assureur (voir, par exemple, les jugements 2063, au considérant 8, ou 3031, aux considérants 14, 18 et 19).

Or, en l'espèce, la contestation soulevée par la requérante n'oppose pas celle-ci à l'assureur, mais bien au Fonds lui-même, et porte, précisément, sur le respect par ce dernier de son devoir de contrôle du correct examen d'une demande de remboursement de frais médicaux. Une telle contestation relève bien de la compétence du Tribunal (voir, par



exemple, outre les jugements 2063 et 3031 précités, les jugements 2249 et 3030).

10. Le Tribunal ne retiendra pas davantage la fin de non-recevoir tirée de ce que le courrier de la directrice du Département des ressources humaines du 15 mars 2012 ne constituerait pas une décision. Il ressort en effet de la simple lecture de ce document que son auteur y exprimait notamment son refus d'intervenir auprès de l'assureur concerné en vue de la prise en charge des frais d'hospitalisation en litige et rejetait, en cela, une demande formulée par le conseil de la requérante le 6 mars précédent. Ce courrier présentait donc bien le caractère d'un acte faisant grief, susceptible d'être contesté, comme tel, par la voie d'un recours interne.

11. Enfin, le défendeur croit pouvoir soutenir que la requête serait irrecevable, en vertu de l'article VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal, pour défaut d'épuisement des voies de recours interne offertes aux membres du personnel de l'organisation. Mais, à la différence de la première requête introduite par la requérante, la deuxième pouvait bien être valablement portée devant le Tribunal au stade de la procédure interne où elle l'a été.

En effet, il ressort des pièces du dossier que le président du Comité de recours, auquel il avait été indiqué que l'assureur avait finalement accepté de rembourser les frais litigieux à la suite d'une intervention du Fonds, avait cru pouvoir en déduire que l'affaire soumise à cet organe était réglée et avait alors décidé de «suspend[re]»\* la procédure de recours entamée. La requérante, qui fut avisée de cette décision le 5 septembre 2012, ne put jamais obtenir, en dépit de sa protestation vigoureuse en ce sens, la réouverture de ladite procédure, qui s'est trouvée ainsi, *de facto*, définitivement close. Or, d'une part, la décision ainsi prise était manifestement infondée, dans la mesure où l'assureur ne s'était en réalité formellement engagé à rembourser qu'une partie des frais en cause et où le recours interne de l'intéressée comportait, par ailleurs, une demande d'indemnité pour tort moral qui n'avait pas

---

\* Traduction du greffe.

été examinée par le Comité de recours. D'autre part et surtout, ce comité n'a, en méconnaissance flagrante, notamment, des prescriptions des Procédures de traitement des recours (*Operating Procedures for Appeal*) régissant son fonctionnement, rédigé aucun rapport à l'issue de la procédure ouverte devant lui, faisant ainsi obstacle à ce que le Directeur exécutif puisse statuer sur ce recours par une décision définitive.

Dans ces conditions, il est clair que, si les voies de recours interne n'ont effectivement pas été épuisées, la responsabilité de cette situation n'incombe pas à la requérante mais au Comité de recours lui-même, et donc au Fonds, en sa qualité de garant du bon fonctionnement de cet organe. En outre, l'argument, invoqué par le défendeur, selon lequel il était loisible à l'intéressée de former un nouveau recours est dénué de toute pertinence et confine même à la mauvaise foi, car on ne saurait, à l'évidence, exiger d'un membre du personnel qu'il renouvelle une démarche à laquelle l'organisation n'a pas donné suite de son propre fait.

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal en telle hypothèse, l'intéressée était dès lors recevable à attaquer directement devant celui-ci la décision implicite née, en application de l'article VII, paragraphe 3, de son Statut, de l'absence d'intervention d'une décision explicite au terme de la procédure de recours interne (voir, par exemple, les jugements 2070, au considérant 5, 2562, aux considérants 5 et 6, ou 2866, au considérant 5).

12. Sur le fond, le Tribunal relève qu'après avoir initialement contesté la possibilité d'un remboursement à 100 pour cent des frais d'hospitalisation de la requérante, l'assureur a, par une décision du 30 août 2012, admis le principe d'une prise en charge à ce taux. Celui-ci a en effet accepté de considérer que, la maladie affectant la requérante étant imputable au service, elle ouvrait droit à une telle couverture intégrale en vertu du point B40.1 de l'annexe B au Règlement du régime d'assurance maladie du personnel (*Staff Health Insurance Plan Regulation*) du Fonds et du point 2.1.1 de l'article 16 du contrat d'assurance conclu par l'organisation. C'est, du reste, ce revirement de position de l'assureur qui a conduit le président du Comité de recours

à estimer devoir clore, comme il a été dit plus haut, la procédure ouverte devant cette instance.

13. S'il a alors pris en charge les frais d'hospitalisation afférents à la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'assureur a cependant subordonné le remboursement de ceux supportés par la requérante à compter de cette date à la réalisation d'une nouvelle expertise. Cette dernière, qui a eu lieu en février 2013, ayant confirmé l'imputabilité au service de la maladie de l'intéressée, l'assureur a ensuite, comme il s'y était engagé, pris en charge les frais médicaux, visés au considérant 6 ci-dessus, qui ont été exposés par celle-ci entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 30 juin 2013. Mais, de façon inexplicable, il a en revanche laissé en souffrance la demande de remboursement des frais d'hospitalisation pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012, qui lui avait été soumise en son temps et qu'il n'avait plus aucune raison d'écarter.

14. Si l'on peut certes s'étonner que la requérante n'ait pas alors pris l'initiative de redemander à l'assureur de lui rembourser cette somme, ce qui eût sans doute été le moyen le plus simple de parvenir à cette fin, il est tout aussi insolite que le Fonds, qui était lui-même parfaitement informé de l'existence de ce litige, ne se soit pas soucié de rappeler l'assureur à son obligation vis-à-vis de l'intéressée.

15. Il convient certes d'observer qu'à la date du 15 mars 2012, où a été prise la décision initialement contestée par la requérante, comme à la date où doit être réputée avoir été adoptée la décision implicite ayant rejeté le recours interne formé contre celle-ci, la nouvelle expertise ci-dessus évoquée n'était pas encore intervenue, de sorte que le droit de l'intéressée à bénéficier de la prise en charge intégrale des frais en cause n'était pas avéré. Mais, compte tenu, d'une part, de l'existence d'une première expertise, qui, en mars 2011, avait déjà reconnu l'imputabilité au service de la maladie de la requérante et, d'autre part, de la situation critique de l'intéressée, qui a dû interrompre ses soins hospitaliers au 31 mars 2012 par manque de ressources financières, le Tribunal estime qu'il était en l'espèce du devoir de l'organisation

d'intervenir auprès de l'assureur en vue d'obtenir cette prise en charge à titre conservatoire.

16. Il en résulte que la décision implicite attaquée, ainsi que la décision du 15 mars 2012 précitée, doivent être annulées.

17. En vertu du principe rappelé au considérant 9 ci-dessus, il appartenait au Fonds de vérifier que l'assureur s'acquittait correctement de son obligation de remboursement des frais supportés par la requérante. Force est de constater que l'organisation ne s'est pas, en l'espèce, conformée à ce devoir.

18. Face à cette situation, la requérante demande, à titre principal, que le Tribunal ordonne au Fonds de mettre en demeure l'assureur de prendre en charge ses frais d'hospitalisation pour la période en litige. De telles conclusions sont irrecevables car, en vertu d'une jurisprudence constante, il n'appartient pas au Tribunal de prononcer des injonctions à l'égard d'une organisation (voir, par exemple, les jugements 2370, au considérant 19, ou 2541, au considérant 13).

19. Mais, l'organisation étant responsable du comportement de son assureur, il convient en revanche, conformément aux conclusions présentées par la requérante à titre subsidiaire, de condamner le Fonds à assumer lui-même le remboursement des frais litigieux, à charge pour lui de se retourner contre l'assureur en vue d'obtenir la compensation de cette dépense.

20. L'organisation devra ainsi verser à la requérante une somme équivalente au montant des frais supportés par celle-ci au titre de son hospitalisation pendant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012, soit — selon le chiffre non contesté figurant au dossier — 8 647 francs suisses. Cette somme portera intérêt au taux de 5 pour cent l'an à compter de la date où elle a été effectivement acquittée par l'intéressée.

21. La requérante soutient que le Fonds a manqué, dans le traitement de la présente affaire, à son devoir de sollicitude à l'égard d'un de ses agents.

Le Tribunal partage cette opinion. Il ressort en effet des pièces du dossier que le Fonds aurait pu, s'il avait agi avec davantage de diligence et de bienveillance, accélérer le remboursement des sommes réclamées au titre des frais médicaux encourus par l'intéressée. Il y a ainsi lieu de relever, notamment, que ce n'est qu'au stade de l'instruction du recours interne formé devant le Comité de recours, à la fin du mois d'août 2012, que les services de l'organisation se sont décidés à intervenir auprès de l'assureur en vue d'obtenir le règlement des sommes en cause. Le fait que cette démarche ait alors permis de résoudre immédiatement une part substantielle du litige montre qu'elle aurait sans nul doute gagné à être accomplie plus tôt. De même, et s'agissant plus particulièrement de la somme de 8 647 francs demeurée finalement seule en suspens, il est, comme il a déjà été dit, injustifiable que l'organisation n'ait pas eu à cœur d'en obtenir la prise en charge par l'assureur. Ces manquements au devoir de sollicitude, qui sont d'autant moins excusables que les services du Fonds avaient connaissance de l'état de santé critique de la requérante, ont causé à cette dernière un évident préjudice moral. Dans les circonstances de l'espèce, le Tribunal estime qu'il sera fait une juste appréciation de la réparation due à l'intéressée à ce titre en lui accordant une indemnité de 10 000 francs.

22. La requérante, dont la deuxième requête est accueillie pour l'essentiel, a droit à des dépens, dont le Tribunal fixe le montant à 5 000 francs.

23. Le Fonds a demandé, à titre reconventionnel, que l'intéressée soit elle-même condamnée à lui verser des dépens, au motif que ladite requête présenterait un caractère abusif. Il résulte de ce qui précède que cette prétention doit, à l'évidence, être rejetée.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. Il est donné acte du désistement de la première requête.
2. La décision implicite du Directeur exécutif du Fonds mondial ayant rejeté le recours interne de la requérante, ainsi que la décision de la directrice du Département des ressources humaines du 15 mars 2012, sont annulées.
3. Le Fonds versera à la requérante la somme de 8 647 francs suisses, correspondant à la prise en charge de ses frais d'hospitalisation pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2012, ainsi que les intérêts y afférents, comme il est dit au considérant 20 ci-dessus.
4. Il n'y a pas lieu de statuer sur les conclusions de la requérante tendant à la condamnation du Fonds à la prise en charge des frais relatifs aux autres soins médicaux subis par celle-ci jusqu'au 30 juin 2013.
5. Le Fonds versera à l'intéressée une indemnité de 10 000 francs pour tort moral.
6. Il lui versera également la somme de 5 000 francs à titre de dépens.
7. Toutes autres conclusions des parties sont rejetées.

Ainsi jugé, le 7 mai 2015, par M. Claude Rouiller, Vice-Président du Tribunal, M. Seydou Ba, Juge, et M. Patrick Frydman, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Dražen Petrović, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 30 juin 2015.

CLAUDE ROUILLER

SEYDOU BA

PATRICK FRYDMAN

*Jugement n° 3506*

---

DRAŽEN PETROVIĆ