

*Traduction du greffe,  
seul le texte anglais fait foi.*

**L. I. (n<sup>os</sup> 3 et 4)**

**c.**

**GCF**

**138<sup>e</sup> session**

**Jugement n<sup>o</sup> 4818**

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu les troisième et quatrième requêtes dirigées contre le Fonds vert pour le climat (GCF selon son sigle anglais), formées par M<sup>me</sup> A. L. I. le 26 juin 2020 et régularisées le 31 juillet 2020 et le 29 janvier 2021 respectivement, le mémoire en réponse unique du GCF du 25 mai 2021, la réplique de la requérante du 30 août 2021 et la duplique du GCF du 14 octobre 2021;

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;

Considérant que les faits de la cause peuvent être résumés comme suit:

La requérante conteste la décision de lui refuser, ainsi qu'aux personnes à sa charge, un régime individuel d'assurance maladie après sa cessation de service.

Les faits relatifs à la présente affaire sont exposés dans le jugement 4495, prononcé le 6 juillet 2022, relatif aux première et deuxième requêtes de la requérante. Il suffira de rappeler que la requérante a commencé à travailler pour le GCF en tant que consultante en décembre 2015. Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, elle obtint un engagement de durée déterminée de trois ans devant expirer le 31 août 2019. Elle occupait le poste de chef des ressources humaines. Elle fut informée le 7 juin 2019 que son contrat ne serait pas prolongé et, le 31 août 2019,

elle quitta l'organisation. Par un recours formé le 28 juillet 2019, la requérante contesta la décision de ne pas prolonger son contrat de durée déterminée. Le 11 février 2020, la Commission de recours publia un rapport d'où ressortaient des opinions partagées au sein de ses membres concernant l'issue du recours et une divergence quant à la réparation accessoire appropriée. Toutefois et nonobstant les recommandations de la Commission, le Directeur exécutif nouvellement nommé rejeta le recours dans son intégralité par une lettre datée du 20 mars 2020. Telle était la décision attaquée dans les première et deuxième requêtes.

Le 17 juin 2019, avant l'expiration de son engagement de durée déterminée, la requérante – qui bénéficiait d'une couverture médicale au titre du régime collectif d'assurance maladie du GCF, comme prévu à la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines, à l'instar de son époux – demanda au directeur par intérim de la Division des services de soutien de prolonger les assurances maladie et autres pour elle-même et son époux jusqu'au 10 octobre 2019, soit la date calculée comme étant celle de la fin de la période de préavis. Le 21 juin, le directeur par intérim de la Division des services de soutien lui répondit qu'elle ne pouvait bénéficier que de 23 jours supplémentaires de couverture au titre du régime collectif d'assurance maladie après la cessation de service. Le 24 juin, la requérante demanda des précisions sur les options disponibles en application du paragraphe 6 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines. Le lendemain, elle fut informée que la couverture prévue à l'alinéa 6.1 était à la disposition de tous les fonctionnaires choisissant cette couverture, tandis que la couverture prévue aux alinéas 6.4 et 6.5 n'était pas obligatoire et dépendait des termes et conditions fixés d'un commun accord par le GCF et son assureur (ci-après «la société C.»). Elle fut également informée que le régime actuel permettait 24 jours de couverture supplémentaires après la cessation de service.

Une série d'échanges s'ensuivit entre le 27 juin et le 24 septembre 2019, dans lesquels la requérante continua de se renseigner sur l'interprétation des dispositions du paragraphe 6 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines, en particulier s'agissant de la possibilité d'une conversion au régime individuel

d'assurance maladie exposée à l'alinéa 6.4, et le directeur de la Division des services de soutien rappela que cette option ne lui était pas offerte et que le GCF n'était pas tenu de l'offrir aux fonctionnaires quittant l'organisation. Plus précisément, le 27 août, la requérante engagea une procédure informelle de résolution du litige, conformément au paragraphe 3.1 de la Section III des Procédures de réexamen administratif et de recours, et demanda au GCF d'envisager de la placer en congé spécial sans traitement jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge réglementaire de départ à la retraite. Le 30 août, sa demande de congé spécial fut rejetée et elle fut informée qu'une procédure informelle de résolution du litige était inutile compte tenu des options claires dont elle disposait. Ces options ont été précisées dans un autre courriel du directeur de la Division des services de soutien, daté du 20 septembre, dans lequel la requérante se vit offrir trois options, à savoir souscrire à un régime individuel d'assurance maladie directement auprès de la société C. (appelé «régime Horizons»\*) ou conserver le régime collectif d'assurance maladie pendant six mois supplémentaires selon deux méthodes de calcul différentes. Le 23 septembre, la requérante exprima des préoccupations sur le fait que le GCF n'avait pas conclu d'accord avec son assureur pour permettre la conversion au régime individuel d'assurance maladie et demanda au directeur de la Division des services de soutien d'entamer des négociations avec la société C. pour trouver une solution raisonnable conformément aux dispositions de l'alinéa 6.4 de la Section E.VII. Elle demanda ensuite que soit prolongée la couverture dont elle et son époux bénéficiaient au titre du régime collectif d'assurance maladie jusqu'à ce que la question de la conversion au régime individuel d'assurance maladie soit définitivement réglée par le GCF et la société C. Après en avoir parlé avec l'assureur, le directeur de la Division des services de soutien informa la requérante que le programme de type régime individuel d'assurance maladie n'était plus offert par la société C. et qu'elle devait choisir l'une des options proposées dans le courriel du 20 septembre. La requérante choisit à

---

\* Traduction du greffe.

contrecœur la couverture de six mois au titre du régime collectif d'assurance maladie pour elle et son époux.

Par une lettre du 25 septembre 2019 adressée au Directeur exécutif adjoint, elle proposa d'engager une procédure de médiation concernant la possibilité de convertir le régime collectif d'assurance maladie en régime individuel d'assurance maladie et, «afin de préserver [ses] droits»\*, elle introduisit simultanément une réclamation pour contester la décision du 20 septembre. Elle affirmait que le coût d'obtention d'une couverture médicale équivalente au régime collectif d'assurance maladie était «totalement inabordable»\* pour elle. Si la procédure de médiation était acceptée, elle demandait que sa réclamation soit suspendue. Sa demande de médiation fut rejetée le 4 octobre aux motifs qu'il y avait eu une tentative «de résoudre [le] litige au moyen d'une consultation informelle sans évolution significative»\* et que «la médiation n'[était] pas nécessairement un outil efficace pour [le] résoudre»\*. Le 13 octobre, la requérante confirma son souhait de maintenir la réclamation formelle, qui fut rejetée par le Directeur exécutif adjoint le 13 novembre 2019.

Le 29 novembre 2019, la requérante saisit la Commission de recours pour contester la décision du Directeur exécutif adjoint «de ne pas suivre les Directives administratives sur les ressources humaines, ce qui oblige le [GCF] à prévoir un régime individuel d'assurance maladie pour [elle] et pour les personnes à [sa] charge, à compter de la date de la cessation de [son] emploi le 31 août 2019»\*. Elle demanda que lui soit proposé un régime individuel d'assurance maladie «pour elle-même et les personnes à sa charge, selon les termes et conditions fixés d'un commun accord par le [GCF] et l'assureur»\* ou de maintenir son adhésion au régime collectif d'assurance maladie «pour elle-même et les personnes à sa charge pouvant y prétendre»\*. Elle demanda également que le régime individuel d'assurance maladie ou le régime collectif d'assurance maladie «reste en vigueur jusqu'à son retrait volontaire du régime, la résiliation du régime collectif d'assurance maladie, ou jusqu'à sa fin de vie et la fin de vie des personnes à sa

---

\* Traduction du greffe.

charge»\*. À titre subsidiaire, elle réclama une indemnisation d'environ 1,3 million de dollars des États-Unis en réparation de la perte financière correspondant à l'équivalent du régime collectif d'assurance maladie disponible sur le marché. Enfin, elle réclama 15 000 dollars à titre de dommages-intérêts pour tort moral et le remboursement des dépens.

Le 12 février 2020, la requérante – qui avait reçu la réponse de l'administration à son recours – écrivit à la secrétaire de la Commission de recours pour attirer son attention sur le délai réglementaire de 90 jours dont dispose la Commission pour rendre son rapport et pour demander la confirmation que le rapport serait remis au Directeur exécutif le 2 mars 2020 au plus tard. N'ayant pas reçu de réponse, le 11 mars, elle appela de nouveau la secrétaire de la Commission de recours. Le 25 mars, celle-ci l'informa que la Commission de recours avait décidé de suspendre tous les recours pendant une période de 30 jours, du 25 mars au 23 avril 2020, compte tenu de l'évolution de la pandémie de COVID-19. La suspension de tous les recours fut ensuite prolongée de 30 jours supplémentaires (jusqu'au 23 mai 2020). Le 12 juin 2020, la requérante s'enquit de la question de savoir si la suspension de son recours avait été levée. Le 18 juin, elle fut informée que la Commission avait récemment repris ses activités.

Le 26 juin, la requérante déposa sa troisième requête contre le rejet implicite de son recours.

Entre-temps, en février 2020, elle avait pris contact avec l'assureur du GCF pour savoir si elle pouvait souscrire à l'un de ses régimes individuels, mais elle apprit que cela n'était pas possible. Le 15 mars 2020, la couverture au titre du régime collectif d'assurance maladie étant sur le point d'expirer après la prolongation de six mois, elle avait demandé au directeur de la Division des services de soutien de prolonger la couverture d'une période de six mois supplémentaires, soit jusqu'au 25 septembre 2020. Sa demande ayant été rejetée le lendemain, elle souscrivit un nouveau régime d'assurance maladie dont la couverture était inférieure à celle du régime collectif d'assurance maladie.

---

\* Traduction du greffe.

La Commission de recours finit par rendre son rapport le 28 octobre 2020. Après avoir examiné le texte clair des alinéas 6.4 et 6.5 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines, elle estima qu'ils reconnaissaient aux fonctionnaires quittant leurs fonctions le droit de se prévaloir de la conversion au régime individuel d'assurance maladie et que le GCF, qui était tenu d'offrir cette option, avait manqué à son obligation. Elle conclut à l'unanimité que le recours était fondé et recommanda au GCF d'offrir à la requérante la possibilité de convertir son régime collectif d'assurance maladie en régime individuel d'assurance maladie et, en cas d'impossibilité de proposer un régime individuel d'assurance maladie, elle recommanda au GCF de proposer à la requérante une option qui lui permettrait de se rapprocher le plus possible du plein respect des Directives administratives sur les ressources humaines. Elle recommanda en outre le rejet des demandes de la requérante tendant à l'octroi de dommages-intérêts pour tort moral et de dépens.

Par une décision du 26 novembre 2020, la requérante fut informée que le Directeur exécutif avait décidé de suivre les recommandations de la Commission de recours «dans un geste de bonne volonté et sans reconnaître la moindre obligation légale lui imposant de le faire»\*, même s'il n'approuvait pas les conclusions sous-tendant ces recommandations. Compte tenu de l'impossibilité de proposer un régime individuel d'assurance maladie, il accepta d'offrir à la requérante une option de couverture semblable à celle proposée au titre du régime collectif d'assurance maladie. La requérante fut informée que le GCF lui proposerait une sélection de devis d'assurance pour elle et les personnes à sa charge. Telle est la décision attaquée dans sa quatrième requête.

Dans sa troisième requête, la requérante demande au Tribunal d'annuler le rejet implicite de son recours, d'ordonner sa réintégration – fictivement, si nécessaire – jusqu'à ce qu'elle atteigne l'âge réglementaire de départ à la retraite afin de lui permettre de maintenir son adhésion au régime collectif d'assurance maladie après son départ à la retraite, de lui offrir la possibilité d'une conversion à un régime

---

\* Traduction du greffe.

individuel d'assurance maladie et, à défaut, de respecter le paragraphe 6 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines, et de souscrire, pour elle et son époux, au régime individuel d'assurance maladie comparable au régime collectif. En cas de refus du GCF de prendre de telles mesures, elle demande l'octroi de dommages-intérêts pour tort matériel (relatifs à ses frais d'assurance maladie et d'assurance vie), une indemnité pour dommage indirect, des dommages-intérêts pour tort moral d'un montant de 40 000 euros et la somme de 20 000 euros à titre de dépens. Elle demande également toute autre réparation que le Tribunal jugera juste et appropriée dans son cas.

Dans sa quatrième requête, la requérante demande au Tribunal d'annuler la décision du 26 novembre 2020 et d'ordonner au GCF de respecter les règles régissant le droit de conversion à un régime individuel d'assurance maladie et de l'autoriser, ainsi que «sa famille»\*, à convertir leur régime en régime individuel d'assurance maladie et/ou à souscrire à un tel régime. Elle réclame par ailleurs des dommages-intérêts pour tort matériel «d'un montant égal à la différence entre les estimations de primes proposées au titre, d'une part, du régime individuel d'assurance maladie relevant des dispositions du GCF et, d'autre part, d'un régime d'assurance privé»\*, une indemnité pour dommage indirect, 50 000 euros à titre de dommages-intérêts pour tort moral et des dépens. Comme dans sa troisième requête, elle demande également toute autre réparation que le Tribunal jugera juste et appropriée dans son cas.

Le GCF considère que la troisième requête est prématurée, car le recours de la requérante était encore en cours de traitement lorsqu'elle a déposé sa requête. Il relève en outre que cette requête est de toute façon devenue sans objet depuis la décision définitive du 26 novembre 2020. La jurisprudence du Tribunal n'autorisant aucun cas de litispendance, il demande que l'une des présentes requêtes soit rejetée comme étant irrecevable. S'agissant de la quatrième requête de la requérante, le GCF soulève l'irrecevabilité de certaines conclusions pour lesquelles, selon lui, la requérante n'aurait pas épuisé les voies de

---

\* Traduction du greffe.

recours interne, ou qui constitueraient des injonctions et seraient incompatibles avec d'autres demandes de réparation. Le GCF demande au Tribunal de rejeter la troisième requête comme étant irrecevable et intégralement dénuée de fondement et de rejeter la quatrième requête comme étant partiellement irrecevable et intégralement dénuée de fondement.

**CONSIDÈRE:**

1. L'analyse qui suit s'inscrit dans le contexte qui se dégage de l'état de faits ci-dessus.

2. La requérante, ancienne employée du GCF, a commencé à y travailler en tant que consultante en décembre 2015. Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, elle a obtenu un engagement de durée déterminée de trois ans en qualité de chef des ressources humaines, qui devait expirer le 31 août 2019. Le 7 juin 2019, elle a été informée que son contrat ne serait pas prolongé, ce qui a abouti à son départ de l'organisation le 31 août 2019.

3. En l'espèce, la requérante conteste ce qu'elle estime être le rejet implicite de son recours (dans sa troisième requête) et la décision du Directeur exécutif du 26 novembre 2020, de lui refuser ainsi qu'aux personnes à sa charge la conversion de leur régime en un régime individuel d'assurance maladie après sa cessation de service (dans sa quatrième requête). La requérante sollicite la jonction de ces deux requêtes déposées respectivement le 26 juin 2020 et le 29 janvier 2021. L'organisation ne s'y oppose pas. Les deux affaires étant clairement liées, il convient de les joindre dans l'intérêt de la bonne administration de la justice. Sa demande de jonction avec ses première et deuxième requêtes est devenue sans objet, le Tribunal s'étant déjà prononcé sur ces requêtes dans le jugement 4495.

4. Dans sa troisième requête, la requérante, renvoyant au jugement 4200, considérant 3, affirme qu'elle a formé sa requête contre le rejet implicite de son recours par l'organisation, car, à la date du dépôt de sa requête, la procédure de recours interne était

«nécessairement paralysée»\* en raison de retards excessifs enregistrés par la Commission de recours, bien qu'elle ait tout fait pour accélérer la procédure. Elle affirme en outre que le fait que la Commission de recours n'ait pas remis son rapport au Directeur exécutif dans le délai réglementaire confirme la recevabilité de sa requête.

5. L'organisation soutient que la troisième requête de la requérante est prématurée et donc irrecevable dans son intégralité, et qu'en tout état de cause elle est devenue sans objet, car une décision expresse a finalement été prise le 26 novembre 2020. De plus, l'organisation affirme que les troisième et quatrième requêtes portent sur la même question, ce qui n'est pas autorisé en vertu de la jurisprudence du Tribunal. L'une de ces requêtes doit être rejetée comme étant irrecevable (voir, par exemple, les jugements 4085, au considérant 7, 3291, au considérant 6, et 3146, au considérant 11).

6. C'est à tort que la requérante invoque le jugement 4200, considérant 3. Ce considérant prévoit ce qui suit:

«[...] Il est de jurisprudence constante que les règles de recevabilité des requêtes présentées devant le Tribunal sont exclusivement fixées par son propre Statut (voir, par exemple, le jugement 3889, au considérant 3). Le simple fait que l'organisation n'ait pas respecté les délais prévus dans son propre Règlement du personnel ne signifie pas nécessairement que la procédure interne était paralysée. [...] Même si le délai statutaire n'a pas été respecté [...] un argument fondé sur un retard excessif et inexcusable ne peut être pris en considération que lorsque le requérant "démontre que l'obligation qui lui est faite d'épuiser les voies de recours interne a eu pour effet de paralyser l'exercice de ses droits. Ce n'est que dans ces conditions que le requérant peut saisir directement le Tribunal lorsque les organes compétents n'ont pas été en mesure de statuer sur un recours interne dans un délai raisonnable selon les circonstances de l'espèce. Un requérant ne peut se prévaloir de cette possibilité que si, au niveau interne, il a vainement entrepris ce que l'on pouvait attendre de sa part pour accélérer la procédure et si les circonstances démontrent que l'autorité de recours n'était pas à même de statuer dans un délai raisonnable [...]" (voir le jugement 3558, au considérant 9 (soulignement ajouté), et la jurisprudence citée).»

---

\* Traduction du greffe.

7. Conformément au jugement cité ci-dessus, il ressort de la jurisprudence du Tribunal que les retards enregistrés dans les procédures de recours interne de l'organisation ne signifient pas nécessairement que la procédure interne est paralysée. Le Tribunal souligne que le requérant doit démontrer que le retard est «excessif et inexcusable», qu'il a fait tout ce qu'il pouvait pour accélérer la procédure interne, en vain, et que les circonstances démontrent que l'organe de recours n'est pas à même de prendre une décision dans un délai raisonnable.

8. Après un examen attentif du dossier, le Tribunal n'y voit aucune preuve permettant d'établir que la procédure de recours interne était «nécessairement paralysée». Les communications échangées pendant la pandémie de COVID-19 indiquent que la Commission de recours était réactive et opérationnelle. La requérante a été dûment informée du calendrier, à savoir de la suspension de la procédure relative à son recours jusqu'au 23 mai 2020 en raison de l'évolution de la pandémie de COVID-19. Pour ce qui est de la demande de la requérante du 12 juin 2020 visant à savoir si la suspension de procédure concernant son recours avait été levée, la Commission de recours lui a répondu rapidement, le 18 juin, qu'elle venait de reprendre ses activités et que l'organe de recours prendrait une décision dans un délai raisonnable après la reprise de ses activités. À la date du dépôt de la troisième requête, le retard pris par la Commission de recours pour remettre son rapport au Directeur exécutif ne pouvait pas être considéré comme «excessif et inexcusable». La troisième requête de la requérante est donc prématurée et doit être rejetée comme étant irrecevable. En conséquence, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant l'argument supplémentaire avancé par l'organisation concernant la litispendance.

9. Dans sa quatrième requête, la requérante attaque la décision du Directeur exécutif du 26 novembre 2020 de rejeter sa demande de conversion au régime individuel d'assurance maladie pour elle-même et les personnes à sa charge après sa cessation de service.

10. Avant d'examiner les arguments de la requérante sur le fond, il convient de se pencher sur l'exception d'irrecevabilité soulevée par l'organisation concernant une partie des conclusions. L'organisation soutient que la demande de la requérante tendant à la conversion du régime collectif d'assurance maladie du GCF en un régime individuel d'assurance maladie pour elle et sa «famille» est irrecevable, car elle revient à prononcer une injonction et à étendre la portée de sa conclusion en employant le terme «famille» au lieu de «personnes à charge». En outre, l'organisation soutient que sa demande de dommages-intérêts pour tort moral est elle aussi irrecevable, car l'intéressée réclame un montant plus élevé sans produire la moindre pièce justificative. L'organisation ajoute que ses demandes visant à obtenir une indemnité pour dommage indirect et toute autre réparation que le Tribunal pourrait juger juste et appropriée sont exprimées en termes trop vagues et sont incompatibles avec ses demandes de conversion à un régime individuel d'assurance maladie et de dommages-intérêts pour tort matériel.

11. La demande de la requérante tendant à ce que soit ordonnée la conversion de son régime collectif d'assurance maladie en régime individuel d'assurance maladie est irrecevable, car il ressort clairement de la jurisprudence du Tribunal que celui-ci n'a pas compétence pour ordonner des mesures de cette nature contre des organisations internationales (voir, par exemple, les jugements 4804, au considérant 2, 4065, au considérant 9, 4039, au considérant 17, et 2058, au considérant 13). Sa demande subsidiaire de souscription au régime collectif d'assurance maladie selon les conditions prévues pour les personnes à la retraite dépasse également la compétence du Tribunal.

12. En ce qui concerne la conclusion de la requérante tendant à l'octroi de dommages-intérêts pour tort moral, l'organisation souligne à juste titre que l'intéressée a augmenté le montant demandé, qui est passé de 15 000 dollars des États-Unis à 50 000 euros, sans fournir la moindre explication ou raison pour justifier une telle augmentation. En l'absence de justification, le Tribunal n'envisagera aucune indemnité supérieure aux 15 000 dollars initialement demandés dans le cadre de

la procédure de recours interne (voir, par exemple, les jugements 4095, au considérant 3, et 3419, au considérant 7).

13. La conclusion de la requérante visant à obtenir toute autre réparation que le Tribunal jugerait juste et appropriée est trop vague pour être recevable (voir, par exemple, le jugement 4602, au considérant 8).

14. Sur le fond, la requérante fonde principalement ses arguments sur le fait que l'organisation aurait manqué à son devoir de sollicitude en ne facilitant pas sa demande de conversion au régime individuel d'assurance maladie et aurait violé le principe de bonne foi. Elle soutient que le Directeur exécutif aurait agi de mauvaise foi en s'écartant des conclusions de la Commission de recours, qui avait conclu à juste titre que l'organisation était tenue d'obtenir une assurance collective offrant une possibilité de conversion mais n'avait pas négocié de modification avec l'assureur pour inclure le régime individuel d'assurance maladie.

15. L'organisation affirme qu'elle a agi de bonne foi en adhérant aux recommandations de la Commission de recours, qu'elle a pleinement respecté son devoir de sollicitude et a même été au-delà de ce qu'elle était tenue de faire. Elle soutient que le rapport de la Commission de recours du 28 octobre 2020 ne contenait pas de recommandation spécifique appelant l'organisation à négocier des termes et conditions différents avec l'assureur et qu'en tout état de cause il y avait une «impossibilité établie»\* d'offrir un régime individuel d'assurance maladie à la requérante, car l'assureur ne permettait plus la conversion. Elle maintient que le Directeur exécutif a décidé d'approuver les recommandations de la Commission de recours en signe de bonne volonté, prévoyant des dispositions spéciales pour la requérante afin de la satisfaire au mieux, y compris la possibilité de prolonger de six mois le régime collectif d'assurance maladie aux frais de l'organisation, alors même que, conformément aux Directives

---

\* Traduction du greffe.

administratives sur les ressources humaines, ces frais sont à la charge des fonctionnaires.

16. Le Tribunal estime que la Commission de recours a conclu à juste titre que l'alinéa 6.4 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines imposait à l'organisation l'obligation de rendre possible la conversion à un régime individuel d'assurance maladie pour les fonctionnaires qui en font la demande au moment de leur cessation de service, conclusion que l'organisation n'a finalement pas confirmée.

17. Au moment des faits, les alinéas 6.4 et 6.5 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines indiquaient ce qui suit:

«6.4 La couverture au titre du régime collectif d'assurance maladie peut être prolongée pour une période maximale de six (6) mois entièrement financée par les cotisations ou être convertie en régime individuel d'assurance maladie selon les termes et conditions fixés d'un commun accord entre le Fonds et l'assureur. [Soulignement ajouté.]

6.5 Pour les adhérents et les personnes à charge qui ne se prévalent pas de l'option de conversion, la couverture est maintenue jusqu'à un (1) an sans paiement de prime, pour les maladies existant à la date de la fin de la couverture au titre du régime collectif d'assurance maladie, à condition que le contrat souscrit au titre de ce régime soit toujours en vigueur.»\*

18. Selon la jurisprudence du Tribunal, la règle primordiale en matière d'interprétation est de donner aux mots leur sens évident et ordinaire (voir les jugements 4321, au considérant 4, 3310, au considérant 7, et 2276, au considérant 4). Lorsque le texte est clair et sans équivoque, le Tribunal l'appliquera sans renvoyer aux travaux préparatoires ou à l'intention supposée du rédacteur. Une interprétation stricte des textes constitue une garantie essentielle de la stabilité des situations juridiques et, par suite, du fonctionnement satisfaisant des services de l'organisation (voir les jugements 4506, au considérant 5, 3701, au considérant 4, et 691, au considérant 9).

---

\* Traduction du greffe.

19. En se fondant sur une lecture conjointe du texte clair des alinéas 6.4 et 6.5, ces deux dispositions étant étroitement liées, l'option de conversion à un régime individuel d'assurance maladie est laissée à l'appréciation du fonctionnaire quittant ses fonctions, même si les termes et conditions peuvent varier en fonction de l'accord conclu entre l'organisation et ses assureurs. Si le terme «peut» est interprété comme accordant un pouvoir discrétionnaire à l'organisation, cette interprétation serait en totale contradiction avec la directive expresse énoncée à l'alinéa 6.5, selon laquelle, «[p]our les adhérents et les personnes à charge qui ne se prévalent pas de l'option de conversion, la couverture est maintenue».

20. L'organisation invoque l'impossibilité matérielle. Elle affirme que, comme le reconnaît également la requérante, l'assureur ne proposait pas la possibilité de convertir le régime collectif d'assurance maladie en régime individuel d'assurance maladie, et qu'elle n'avait donc tout simplement aucune marge de manœuvre et aucun moyen de pression pour négocier un contrat d'assurance différent.

21. Le Tribunal n'accepte pas l'argument fondé sur la prétendue «impossibilité matérielle»\*, car le fait que l'organisation n'ait pas été en mesure de faciliter l'assurance alors demandée en raison de son indisponibilité ne la dispensait pas de l'obligation de faciliter la conversion demandée en application de ses propres règles. En vertu de l'alinéa 6.4 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines, l'organisation était tenue de négocier un accord-cadre ou un accord similaire avec un assureur, énonçant les termes et conditions, et potentiellement les taux, applicables à des accords individuels conclus entre l'assureur et les fonctionnaires quittant l'organisation se prévalant de l'option de conversion d'un régime collectif d'assurance maladie en régime individuel d'assurance maladie. Il ressort clairement du dossier que l'organisation n'a jamais entamé de telles négociations et, en conséquence, n'a jamais proposé l'option de conversion aux fonctionnaires quittant l'organisation. De

---

\* Traduction du greffe.

plus, les autres options proposées par l'organisation à la requérante ne respectaient pas son devoir de sollicitude à son égard, car elles ne visaient pas à établir un accord-cadre ou un accord similaire, mais seulement un accord individuel. On peut raisonnablement supposer que les assureurs offrent de meilleures conditions dans le cadre de régimes collectifs d'assurance maladie que dans celui de régimes individuels. L'organisation a manqué à son devoir de sollicitude qui lui imposait de garantir l'exercice du droit de la requérante à la conversion, tel qu'exposé à l'alinéa 6.4 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines, étant donné que le texte initial du régime collectif d'assurance maladie ne comprenait pas de clause de conversion. En pareil cas, l'organisation doit agir avec diligence et de bonne foi pour remédier à son omission en explorant toutes les solutions viables, comme engager des assureurs adéquats pour garantir la disponibilité de la conversion ou mettre en œuvre les mesures nécessaires pour satisfaire à ses obligations et atténuer les effets négatifs pour son personnel. Même si l'organisation a rencontré des difficultés lorsqu'il s'est agi de faciliter la conversion sans la coopération de son assureur, la Commission de recours avait déjà formulé une recommandation appropriée, à savoir proposer à la requérante une option qui «lui permettrait de se rapprocher le plus possible du plein respect des Directives administratives sur les ressources humaines»\*. Faisant sienne la recommandation de la Commission de recours, le Directeur exécutif aurait accepté de proposer à la requérante «une sélection de devis d'assurance, pour [elle] et [son époux], offrant une couverture généralement semblable à celle proposée au titre du régime collectif d'assurance maladie»\*. Néanmoins, l'organisation n'a pas agi de bonne foi en concluant un accord avec tout assureur qui aurait pu offrir à la requérante une solution comparable. Le courriel du 8 décembre 2020 de la chef du Bureau des ressources humaines, faisant suite à la décision attaquée, montre que l'organisation n'avait obtenu des devis que de trois compagnies d'assurance et avait demandé à la requérante de se renseigner directement auprès de ces assureurs pour avoir des précisions sur les différentes options. Découvrant que les

---

\* Traduction du greffe.

devis qui lui avaient été transmis par l'organisation étaient les mêmes que ceux qu'elle avait obtenus indépendamment, la requérante a été contrainte d'abandonner l'option de conversion et de souscrire une assurance auprès d'assureurs privés, la date d'expiration de la prolongation de six mois du régime collectif d'assurance maladie approchant.

Par conséquent, les moyens de la requérante tirés d'un manquement au devoir de sollicitude et d'une violation du principe de bonne foi sont tous deux fondés.

22. Le Tribunal approuve également la conclusion de la Commission de recours selon laquelle il n'existait aucune preuve de la participation de la requérante à des négociations avec l'assureur concernant la police d'assurance collective de l'organisation pendant son mandat de chef des ressources humaines, entraînant le rejet de l'argument de l'organisation relatif à l'estoppel fondé sur la prétendue négligence de la requérante au moment de passer un contrat avec l'assureur.

23. Il n'y a pas lieu d'annuler la décision attaquée eu égard à l'article VIII du Statut du Tribunal et au fait qu'une indemnité sera accordée, comme indiqué ci-après.

24. La requérante réclame une indemnité pour préjudice matériel «d'un montant égal à la différence entre les estimations de primes proposées au titre, d'une part, du régime individuel d'assurance maladie relevant des dispositions du GCF et, d'autre part, d'un régime d'assurance privé»\*. Toutefois, le Tribunal relève que l'alinéa 6.4 de la Section E.VII des Directives administratives sur les ressources humaines indiquait que les conditions de la conversion à un régime individuel d'assurance maladie doivent être définies par un accord conclu entre l'organisation et l'assureur. Il ne saurait raisonnablement estimer la prime définie au titre d'un régime individuel d'assurance maladie si la conversion a été convenue entre l'organisation et son

---

\* Traduction du greffe.

assureur. Il est néanmoins raisonnable de partir du principe que, si l'organisation avait négocié une police collective prévoyant la conversion du régime collectif d'assurance maladie en régime individuel d'assurance maladie pour tous les fonctionnaires quittant l'organisation, elle aurait obtenu de meilleurs taux que ceux que les compagnies d'assurance ont proposés à la requérante à titre individuel. Le Tribunal considère donc que, du fait de ce manquement, la requérante a perdu une chance appréciable d'obtenir une assurance maladie pour elle-même et son conjoint, après sa cessation de service, à des conditions plus favorables que celles qu'elle a pu obtenir par ses propres moyens. En conséquence, le Tribunal fixe à 50 000 dollars des États-Unis l'indemnité forfaitaire en réparation du préjudice matériel subi.

25. S'agissant des dommages-intérêts pour tort moral, la requérante soutient que la décision attaquée lui aurait causé humiliation et désarroi. Selon une jurisprudence bien établie du Tribunal:

«[...] [L]a charge de la preuve incombe au requérant, qui doit démontrer l'illégalité de l'acte, le préjudice subi et le lien de causalité entre l'illégalité alléguée et ce préjudice (voir les jugements 3778, au considérant 4, 2471, au considérant 5, et 1942, au considérant 6).

Le simple fait qu'une décision ait été viciée à l'origine ne suffit pas à justifier l'octroi de dommages-intérêts pour tort moral. [...] Pour avoir droit à une indemnité pour tort moral, un fonctionnaire doit avoir subi un tort plus grave que celui qui résulte habituellement d'une décision irrégulière (voir le jugement 1380, au considérant 11).»

(Voir, par exemple, le jugement 4156, au considérant 5.)

La demande de la requérante tendant à l'octroi de dommages-intérêts pour tort moral est rejetée, car l'intéressée ne produit pas de preuves suffisantes pour démontrer le préjudice subi et le lien de causalité entre l'illégalité de l'acte et le préjudice.

26. En ce qui concerne le moyen de la requérante tiré du retard excessif dans la procédure de recours interne, le Tribunal note que la Commission de recours a rendu son rapport le 28 octobre 2020, après l'expiration du délai fixé au paragraphe 39 des Procédures de réexamen administratif et de recours, qui indique que «[l]a Commission de recours remet au Directeur exécutif un rapport sur le recours dans les

quatre-vingt-dix (90) jours suivant la réception du recours»\*. Mais le Tribunal a rappelé que la méconnaissance des délais de cette nature n'entachait pas d'illégalité les décisions rendues après leur expiration et pouvait seulement ouvrir, le cas échéant, droit à réparation au profit du fonctionnaire concerné s'il en résultait un préjudice pour celui-ci (voir les jugements 4777, au considérant 2, et 4584, au considérant 4). En tout état de cause, le Tribunal estime qu'il n'y a pas eu de retard excessif dans la procédure de recours interne, comme indiqué au considérant 8 ci-dessus, et rejette donc le moyen de la requérante.

27. La requérante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens d'un montant de 10 000 euros.

Par ces motifs,

**DÉCIDE:**

1. La troisième requête est rejetée.
2. Le GCF versera à la requérante des dommages-intérêts pour tort matériel d'un montant de 50 000 dollars des États-Unis.
3. Il versera également à la requérante la somme de 10 000 euros à titre de dépens.
4. Le surplus des conclusions de la quatrième requête est rejeté.

Ainsi jugé, le 1<sup>er</sup> mai 2024, par M. Michael F. Moore, Vice-président du Tribunal, M<sup>me</sup> Rosanna De Nictolis, Juge, et M<sup>me</sup> Hongyu Shen, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Mirka Dreger, Greffière.

---

\* Traduction du greffe.

Prononcé le 8 juillet 2024 sous forme d'enregistrement vidéo diffusé sur le site Internet du Tribunal.

*(Signé)*

MICHAEL F. MOORE    ROSANNA DE NICTOLIS    HONGYU SHEN

MIRKA DREGER