

SOIXANTE-TROISIEME SESSION

Affaire MUIGA

(Décision avant dire droit)

Jugement No 875

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), formée par M. Michael Ikua Muiga le 22 août 1986 et régularisée les 19 et 23 septembre, la réponse de l'OMS du 27 novembre, la réplique du requérant en date du 30 janvier 1987 et la duplique de l'OMS datée du 27 mars 1987;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal, les articles 1030 et 1040 du Règlement du personnel de l'OMS et la disposition II.7, annexe C (Extrait de la police d'assurance de groupe couvrant les membres du personnel engagés pour une année ou plus en cas d'accident ou de maladie) et annexe E (Dispositions régissant le paiement des indemnités aux membres du personnel en cas de maladie, d'accident ou de décès imputable à l'exercice de fonctions officielles au service de l'OMS);

Vu le dossier médical produit par l'Organisation sous couvert d'une lettre datée du 2 juin 1987;

Après avoir examiné le dossier;

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

A. Le requérant, ressortissant kényen né en 1946 et résidant ordinairement en Floride, est entré au service de l'OMS le 22 juin 1980 au grade P.4, en qualité d'ingénieur sanitaire. Il avait un contrat de deux ans et était affecté au Bureau régional pour l'Afrique à Brazzaville. Il fut muté à Addis-Abeba et prit ses fonctions comme ingénieur occupé sur le terrain en juillet 1981.

Le samedi 3 avril 1982, il était à son bureau situé à l'un des étages supérieurs d'un bâtiment administratif public. Constatant qu'il était enfermé et ne pouvant obtenir d'aide, il grimpa sur la fenêtre pour descendre le long d'un tuyau d'écoulement. Après une chute d'une douzaine de mètres sur un trottoir de béton, il se retrouva souffrant de multiples lésions. L'OMS admit en octobre 1982 que l'accident était imputable à l'accomplissement de fonctions officielles. Le requérant fut hospitalisé immédiatement à Addis-Abeba, mais son état empira et son traitement se heurtait à des difficultés. Après un échange de télex avec le médecin principal des Nations Unies à Addis-Abeba, le Service médical commun, unité qui se charge des questions médicales pour l'OMS et d'autres organisations à Genève, autorisa le transfert de l'intéressé à Nairobi. Il s'y rendit par avion le 6 août 1982 et poursuivit son traitement à l'hôpital.

Son engagement initial, qui s'était terminé le 21 juin 1982, avait été prolongé au 30 septembre. Mais le rapport sur son travail en 1981-82 laissant à désirer, un administrateur du personnel du Bureau régional lui écrivit le 23 juillet 1982 - la lettre lui parvint à Nairobi à la mi-août - pour l'avertir que son contrat ne serait pas prolongé au-delà du 31 octobre et que sa nomination prendrait fin aux termes de l'article 1040 du Règlement du personnel de l'OMS ("Fin des engagements temporaires"). Il protesta et, en fin de compte, il fut mis en "congé spécial avec couverture par l'assurance" du 4 octobre au 30 novembre 1982, puis jusqu'au 30 avril 1983. Le 9 mai 1983, l'administrateur du personnel lui écrivit de Brazzaville pour l'informer que le directeur du Service médical commun, après avoir étudié les rapports des médecins qui avaient vu M. Muiga, l'avait déclaré apte à un travail sédentaire à plein temps à compter du 1er avril, mais qu'en l'absence d'un poste approprié il était mis au bénéfice du préavis de trois mois prévu à l'article 1040, qu'il avait été en congé spécial avec traitement du 1er avril au 9 mai 1983 et que ses services prendraient fin le 9 août 1983. Le 25 mai, le requérant écrivit au directeur régional et au siège à Genève pour faire valoir qu'il souffrait d'une invalidité grave et permanente à la suite de l'accident imputable à l'exercice de fonctions officielles et pour demander un emploi dans un bureau. Dans une lettre du 8 août adressée au siège, il sollicitait l'application non pas de l'article 1040, mais bien de l'article 1030 ("Résiliation d'engagement pour raisons de

santé"), ainsi que l'octroi d'une prestation d'invalidité. Son engagement prit fin le 9 août. Le chef du personnel lui écrivit à Nairobi le 20 septembre pour dire que s'il souhaitait contester la cessation de ses services, il devait adresser un recours dans ce sens au Comité régional d'appel, ce qu'il fit le 10 octobre 1983. Le comité régional ajourna l'examen du cas jusqu'à la communication du résultat de la demande de prestation d'invalidité, question traitée au siège. Le requérant est resté sans emploi depuis qu'il a quitté l'Organisation.

Etant retourné vivre en Floride, il se rendit à Genève en janvier 1984 et fut examiné par le Dr Demé, directeur du Service médical commun, qui confirma qu'il était apte au travail de bureau. Le directeur l'envoya chez un chirurgien orthopédiste à Genève, le Dr Kobel, qui, après l'avoir examiné le 9 janvier 1984, conclut à une perte de 20 pour cent de l'usage du pied gauche. L'intéressé retourna en Floride et ce fut là qu'il apprit, par un télégramme du 13 juin 1984 et une lettre du 26 juin de Brazzaville, que le Comité consultatif pour les questions d'indemnités, à qui le cas avait été soumis, avait fixé le taux d'invalidité à 8 pour cent sur la foi de l'avis de l'orthopédiste et qu'il recevrait une indemnité forfaitaire de 9.716 dollars des Etats-Unis. Par un télégramme du 27 juin, il signala à Genève qu'il entendait appeler de cette décision également. Dans une lettre du 24 juillet 1984, le secrétaire du Comité consultatif pour les questions d'indemnités - s'appuyant sur le paragraphe 28 a) de l'annexe E à la disposition II.7 du Manuel de l'OMS (dispositions régissant le paiement des indemnités), où il est dit qu'"en cas de divergence d'opinion touchant les aspects médicaux", le Directeur général peut saisir une commission médicale - informa M. Muiga qu'une commission serait constituée et le pria de choisir l'un des trois membres.

En mai 1985, le Comité des pensions du personnel de l'OMS recommanda l'octroi d'une prestation d'invalidité aux termes de l'article 33 des Statuts et règlements de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. Mais le secrétaire de la Caisse des pensions à New York fit poursuivre l'étude du dossier médical et l'OMS pria le requérant de se soumettre à un examen alors qu'il serait à Genève pour la séance de la Commission médicale. Il demanda le changement du membre de la commission choisi par lui, ce qui provoqua des retards, et ce ne fut que le 14 novembre 1985 que la commission se réunit. Elle constata que l'état du requérant avait beaucoup empiré depuis janvier 1984 et fit rapport en ce sens au Comité consultatif pour les questions d'indemnités en février 1986.

Le comité consultatif présenta une recommandation au Directeur général et, par une lettre du 26 mai 1986 qui constitue la décision attaquée, son secrétaire informa le requérant que le Directeur général avait accepté la recommandation: la perte d'usage était fixée à 20 pour cent et il recevrait 24.291 dollars.

La réparation des accidents imputables à l'exercice de fonctions officielles est régie par les règles énoncées à l'annexe E à la disposition II.7 du Manuel. Selon un barème qui figure dans cette annexe, l'indemnité est égale au pourcentage retenu pour la perte d'usage multiplié par deux fois le montant de la rémunération soumise à retenues aux fins de pension pour la catégorie P.4, échelon 5. L'annexe C à la disposition II.7 est un extrait de la police d'assurance du personnel conclue par l'OMS auprès d'une compagnie de Londres, qui prévoit également une indemnité forfaitaire pour la perte d'usage, mais les pourcentages sont différents et s'appliquent à un chiffre différent, à savoir trois fois la rémunération annuelle du membre du personnel. La disposition II.7.365 est ainsi conçue: "Si le total de l'indemnité due aux termes des dispositions régissant le paiement des indemnités dans une éventualité imputable à l'exercice de fonctions officielles - y compris la valeur en capital de prestations périodiques - est inférieur au total des prestations qui auraient été payables au membre du personnel ... conformément aux stipulations de la police d'assurance conclue par l'Organisation ... si l'éventualité n'avait pas ouvert droit à réparation conformément aux dispositions susmentionnées, la différence entre les deux totaux est payée ..." (Traduction du greffe). Dans le cas du requérant, il s'est agi de 24.291 dollars, soit 20 pour cent - taux de la perte d'usage - du triple de la rémunération annuelle, à savoir 40.485 dollars.

La question de la prestation d'invalidité aux termes des Statuts de la Caisse des pensions est en suspens.

B. Le requérant soutient que la requête est recevable en vertu des articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal.

Il conteste la détermination de la perte d'usage à 20 pour cent.

1) D'après l'annexe C, la perte totale et permanente de l'usage d'un pied est comptée à raison de 50 pour cent; or, outre ses autres maux et lésions, il a perdu l'usage du pied gauche. La proportion de 20 pour cent est tirée non pas de l'annexe C, alors que le chiffre de base de trois fois la rémunération annuelle en provient, mais bien de quelque autre barème qui n'est pas incorporé au Règlement du personnel. L'annexe E donne 28 pour cent. L'intéressé a droit à en tout cas la moitié de trois fois sa rémunération annuelle de 40.485 dollars, soit 60.728 dollars, et même alors il

ne serait pas tenu compte d'autres préjudices dont il a souffert du fait de son travail à l'OMS.

2) Il expose les détails de ce préjudice sous huit rubriques. En particulier, ses blessures, dont certaines n'ont pas été diagnostiquées promptement, n'ont pas été traitées convenablement à Addis-Abeba. La cessation de ses services n'a pas été réglée correctement. L'administration a tardé à le laisser partir pour Nairobi. Il a été maintenu pendant une année dans l'incertitude et l'anxiété quant à son emploi et à son avenir. Pendant des années, il a souffert de douleurs presque constantes. Il est incapable à 100 pour cent d'exercer un emploi lucratif - aucun employeur ne se risquerait d'ailleurs à l'engager - et il estime donc avoir droit à la réparation de 100 pour cent payable, aux termes de l'annexe C, résultat B, paragraphe 6, en cas d'"incapacité totale et permanente d'accomplir normalement les tâches afférentes à son métier ou à ses affaires" (Traduction du greffe), à savoir trois fois un peu plus de 40.485 dollars, soit 121.456 dollars.

3) L'octroi d'une réparation égale à 100 pour cent en vertu de ce paragraphe se justifierait également par la somme de ses diverses invalidités: 50 pour cent pour la perte de l'usage du pied gauche, 25 pour cent pour les lésions dorsales qui lui rendent trop pénible de se tenir longtemps assis ou debout, et 25 pour cent pour l'affaiblissement de son pouvoir de concentration à la suite d'années de souffrances et de sentiments de frustration et d'injustice.

4) Il importe que la perte d'usage soit évaluée à plus de 20 pour cent car, ainsi que le secrétaire en a informé l'avocat du requérant par une lettre du 18 juillet 1986, le Comité consultatif pour les questions d'indemnités n'envisagera apparemment pas de lui accorder une pension d'invalidité aux termes de l'annexe E - question qui n'est pas soumise au Tribunal - à moins que la perte d'usage ne dépasse largement 20 pour cent.

Le requérant demande 121.456 dollars à titre d'indemnité aux termes de l'annexe C, résultat B, paragraphe 6, plus intérêt à 10 pour cent l'an à compter du 9 août 1983, et 5.000 dollars pour ses dépens.

C. Dans sa réponse, l'OMS donne sa version des faits.

1) A son avis, la requête est irrecevable aux termes de l'article VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal, dans la mesure où elle peut être considérée comme une demande de réparation pour les effets, sur la santé du requérant, d'un traitement prétendument peu judicieux ou de négligence sans rapport avec l'accident. Il n'a pas épuisé les moyens de recours internes, les allégations de traitement erroné de son cas n'ayant jamais formé l'objet d'un recours interne.

2) Sur le fond, la question essentielle est d'ordre médical: le Directeur général a-t-il décidé à bon droit que l'accident avait entraîné pour le requérant une perte d'usage de 20 pour cent? Donc peu importe qu'il ait été victime d'erreurs administratives, que ses lésions n'aient pas été traitées correctement, qu'il ait manqué de sagesse en quittant son bureau par la fenêtre ou que ses allégations relatives à ses affectations et à la cessation de ses services soient justifiées.

3) Ce à quoi il s'oppose, c'est à une constatation de fait opérée selon une méthode suivie en pareil cas par les institutions des Nations Unies et probablement ailleurs aussi. Il doit donc soit contester l'application de la méthode, soit expliquer pourquoi elle n'est pas appropriée. Au lieu de se contenter d'évaluer à sa façon la perte d'usage, il doit montrer que le Directeur général n'a pas tenu compte du rapport de la Commission médicale, ou que celle-ci s'est trompée. Les arguments qu'il avance ne sont pas scientifiques: il contredit simplement les constatations des médecins ou il cite les extraits d'opinions médicales sorties de leur contexte pour conforter sa thèse. Nombre des griefs qu'il énumère n'ont rien à voir avec l'accident et ne sauraient plus être pris en considération. En outre, il n'a pas apporté de preuve médicale établissant que l'un quelconque de ses griefs ait eu des effets durables sur sa santé.

4) Si la commission a fixé à 20 pour cent seulement la perte d'usage - alors que les dispositions régissant le paiement des indemnités prescrivent 28 pour cent pour la perte de l'usage d'un pied -, c'est que l'intéressé n'a pas totalement perdu l'usage de son pied gauche: l'angle formé par sa cheville lui permet encore de s'appuyer sur le pied.

5) Quant à sa demande de 25 pour cent pour la lésion dorsale, le rapport de la Commission médicale ne dit rien d'une lésion de ce genre imputable à l'accident. Selon un avis médical daté du 8 mars 1984 et soumis au comité consultatif en 1984 par le Service médical commun, aucune perte d'usage n'a été décelée pour l'épine dorsale. La conclusion relative à une perte d'usage de 25 pour cent pour une prétendue diminution du pouvoir de concentration ne repose elle non plus sur aucune base.

6) Le requérant se méprend sur la relation entre les annexes C et E. Comme il est dit clairement à la disposition II.7.365, les prestations servies au titre de l'annexe C - la police d'assurance - ne sont payables au membre du personnel que s'il n'a pas droit à indemnité en vertu de l'annexe E - les dispositions régissant le paiement des indemnités - et il s'agit là d'un droit que l'intéressé acquiert par le paiement du tiers de la prime d'assurance. Les deux autres tiers sont payés par l'OMS, à laquelle les prestations sont payables; si elle constate avoir obtenu plus qu'il n'est nécessaire pour faire face à ses obligations envers le membre du personnel, celui-ci reçoit la différence: tel est le sens de la disposition 365. Le requérant ne peut pas invoquer la police d'assurance, du moins tant que la question de ses droits au titre de l'annexe E n'est pas réglée, puisque l'on ne connaît pas le solde qui pourrait être dû aux termes de la disposition 365. D'ailleurs, ajoute l'Organisation, le montant dû au requérant selon l'interprétation stricte des termes de la police d'assurance, qu'il discute, serait inférieur au montant dû en vertu de l'annexe E.

D. Dans sa réplique, le requérant revient en détail sur la version des faits donnée par l'OMS et signale ceux qui, à son avis, sont erronés ou déformés.

Il est pertinent, selon lui, de soutenir que les lésions dont il a souffert en raison de son travail n'ont pas été traitées correctement alors qu'il était au service de l'Organisation et que les décisions administratives ont fait empirer les choses: il convient de tenir compte des actes ou des omissions de l'OMS si la perte d'usage en a été aggravée. A son avis, l'interprétation qu'il donne des faits, loin d'être tendancieuse, est appuyée par de nombreux éléments de preuve. Ni lui ni son avocat n'ont jamais reçu la moindre indication quant à une méthode scientifique ou à des critères médicaux appliqués par la Commission médicale pour évaluer la perte d'usage, méthode ou critères qu'il pourrait contester.

Il ne peut s'appuyer sur son pied gauche: son chirurgien orthopédiste en Floride a certifié en 1984 qu'il était "incapable de faire porter tout son poids sur la jambe gauche en raison de la douleur éprouvée". En outre, la commission a constaté que "l'usage de ladite articulation est nul". Il revient sur des éléments d'appréciation intéressant ses autres lésions.

L'interprétation de la disposition II.7.365 par l'OMS est contradictoire: la défenderesse suggère que celle-ci ne s'applique que si la demande présentée en vertu de l'annexe E n'est pas admise, alors qu'elle a appliqué cette disposition au cas du requérant, qui relève de l'annexe E. L'interprétation pêche également à un autre titre: l'hypothèse admise à la disposition 365 est qu'un montant total est dû en vertu de l'annexe E, mais qu'il est inférieur à ce qui aurait été payable en vertu de l'annexe C si l'annexe E n'avait pas été appliquée. Comme, selon l'interprétation de l'OMS, la disposition II.7.365 signifie qu'un membre du personnel peut obtenir l'indemnité prévue à l'annexe C si elle est plus élevée que ce qui lui serait dû d'après l'annexe E, le requérant a droit, aux termes de la disposition 365, à une réparation selon l'annexe C.

Il maintient ses conclusions.

E. Dans sa duplique, l'OMS s'attache à réfuter les arguments avancés dans la réplique. Elle soutient que le requérant n'a rien dit des objections quant à la recevabilité de ses allégations de traitement erroné de son cas, que les allégations à ce titre sont dépourvues de pertinence et, en tout état de cause, mal fondées. Elle affirme à nouveau que, dans les cas où sa responsabilité est engagée aux termes des dispositions régissant le paiement des indemnités, la police d'assurance est une affaire entre elle-même et la compagnie d'assurance: elle ne reconnaît aucun droit au membre du personnel d'invoquer ladite police, même si elle lui remet la différence quand la somme perçue par l'assurance fait plus que couvrir sa responsabilité envers lui.

Quant à la nature des lésions, il y a une grande différence entre l'amputation d'un pied et l'ankylose à un angle fonctionnel: c'est la raison pour laquelle la commission a fixé à 20 pour cent la perte d'usage. Le dossier médical ne conclut pas à l'existence d'une lésion dorsale permanente et les membres de la commission l'auraient certainement mentionnée si elle avait été établie.

F. Par une lettre du 18 mai 1987, le greffier a demandé à l'Organisation, sur instruction du Tribunal, de produire la totalité du dossier médical concernant le requérant. L'Organisation a produit des documents supplémentaires le 2 juin 1987.

CONSIDERE:

1. Le requérant, qui avait formulé une demande d'indemnité au sujet des lésions consécutives à l'accident dont il a

été victime le 3 avril 1982, a été examiné à Genève par le Dr Kobel, chirurgien-orthopédiste, en date du 9 janvier 1984. Le Dr Kobel, ne tenant pas compte des douleurs dorsales dont se plaignait le requérant, a conclu que la lésion permanente dont souffrait celui-ci se rapportait uniquement au membre inférieur gauche et a évalué le taux d'invalidité à 20 pour cent. Ce taux a été appliqué par le Dr Demé, directeur du Service médical commun, dans le calcul qu'il a soumis au Comité consultatif pour les questions d'indemnités. Dans son rapport médical à l'intention du comité, daté du 8 mars 1984, le Dr Demé fixe la perte de fonction à 8 pour cent par rapport à l'ensemble de l'organisme. Cette évaluation a été adoptée par le comité. Le requérant en fut informé par lettre du 26 juin 1984 dans les termes suivants: "Le Comité consultatif pour les questions d'indemnités a examiné votre cas et, sur la foi du rapport de l'expert médical, a évalué la perte de fonction à 8 pour cent pour l'ensemble de l'organisme".

2. Le requérant a répondu par lettre du 21 juillet 1984; il exposait ses lésions dans le détail comme suit:

"Par suite de l'accident imputable à l'exercice de fonctions officielles survenu le 3 avril 1982, alors que j'étais de service en qualité de fonctionnaire de l'OMS, j'ai développé des affections articulaires dégénératives chroniques à caractère grave, une arthrose, une discopathie lombaire et des douleurs chroniques du dos, des membres inférieurs et de la nuque qui ont été constatées par des médecins dans leurs rapports. J'endurerai des souffrances et devrai suivre un traitement médical pour le reste de ma vie. Je suis frappé d'une incapacité totale de travail pour tout emploi lucratif, avec perte de revenus depuis août 1983.

Au vu de ce qui précède et du fait que je souffre d'une perte de fonctions permanente grave, d'une détérioration de mon état de santé, d'une invalidité et d'une perte de revenus continues et que je dois poursuivre un traitement médical et subir une opération, je m'oppose à la décision contenue dans votre lettre datée du 26 juin 1984."

3. Par lettre du 24 juillet 1984, le secrétaire du Comité consultatif a pris note de l'intention du requérant de recourir contre la décision d'évaluer la perte d'usage subie à 8 pour cent par rapport à l'ensemble de l'organisme. Le secrétaire a appelé son attention sur le paragraphe 28 a) de la section II.7 du Manuel de l'OMS et l'a invité à désigner un médecin pour le représenter à la Commission médicale.

4. La commission a été constituée et s'est réunie finalement en novembre 1985. Elle était saisie d'un résumé du cas établi par le Dr Demé et priée de répondre aux questions suivantes:

La perte de l'usage d'un membre inférieur, estimée le 9 janvier 1984 à 20 pour cent conformément au Guide de l'American Medical Association, qui correspond pour l'ensemble de l'organisme à une perte de 8 pour cent, a-t-elle été évaluée correctement? Le chiffre doit-il être confirmé ou non? Dans la seconde hypothèse, à quel pourcentage conviendrait-il de fixer la perte?

La commission a examiné le requérant et déposé son rapport en février 1986. Elle a répondu à la question de la façon suivante:

Le chiffre de 8 pour cent ne correspond pas à l'état réel. Celui-ci s'est singulièrement détérioré depuis l'évaluation faite en janvier 1984 et la perte de l'usage de l'articulation en cause est totale, ce qui correspond, selon l'American Medical Association, à une perte de fonction de 20 pour cent par rapport à l'ensemble de l'organisme.

5. Il ressort de ce qui précède que, même si la question portait sur l'ensemble de l'invalidité subie par le requérant à la suite de l'accident, la commission n'a pris en considération que le pied du requérant.

6. Dans la lettre du 26 mai 1986, le secrétaire du Comité consultatif pour les questions d'indemnités informa le requérant que le comité avait examiné le rapport de la Commission médicale et que le Directeur général acceptait la recommandation de celle-ci. Il était indiqué dans la lettre que "la perte totale d'usage par rapport à l'ensemble de l'organisme était désormais évaluée à 20 pour cent...", chiffre qui correspondait au "maximum admis au titre de la perte d'usage d'un pied". Telle est la décision attaquée.

7. La décision du Directeur général a consisté à accepter le rapport de la Commission médicale. Le rapport ne porte pas sur toutes les questions que le Directeur général devait trancher; il n'a tenu compte que de la blessure du pied, tandis que le requérant alléguait avoir souffert de diverses lésions.

8. Les informations disponibles ne permettent pas au Tribunal de déterminer si l'accident survenu le 3 avril 1982 a provoqué toutes les lésions permanentes dont souffre le requérant ou seulement celle du pied gauche.

Dans ces circonstances, il y a lieu de faire procéder à une expertise qui sera confiée à un expert médical dont la mission est fixée ci-dessous.

9. Avant l'expertise, les parties auront la possibilité de présenter des observations au sujet du dossier médical, qui seront transmises à l'expert.

10. Le Tribunal ajourne l'examen des autres questions soulevées dans la requête.

Par ces motifs,

DECIDE:

1. Il est ordonné une expertise clinique et psychologique par un expert, désigné par ordonnance du Président du Tribunal, à l'effet:

a) de déterminer la nature et l'étendue des troubles physiques ou psychologiques dont le requérant souffre;

b) de fixer le degré d'invalidité par rapport à l'ensemble de l'organisme;

c) de déterminer dans quelle proportion (exprimée en pourcentage) chacun de ces troubles est imputable - le cas échéant - entièrement ou partiellement à l'accident;

d) d'indiquer, dans la mesure du possible, si l'expert estime qu'un trouble n'est pas imputable à l'accident, entièrement ou partiellement, quels sont les autres facteurs qui l'ont provoqué.

2. L'expert établira son rapport après consultation tant du dossier médical de l'affaire que des observations formulées à ce sujet par l'une et l'autre partie, et après avoir examiné le requérant avec l'aide d'un ou de plusieurs spécialistes de son choix dont il estimera le concours nécessaire. S'il le juge bon, il pourra engager un interprète.

3. L'Organisation paiera le coût de l'examen clinique, ainsi que les honoraires de l'expert et de tout spécialiste dont l'assistance lui paraîtra nécessaire. L'Organisation supportera également les frais incombant au requérant pour se soumettre à l'examen; le montant de la provision sera fixé par le Président du Tribunal à défaut d'un accord entre les parties.

4. Le montant des honoraires sera approuvé par le Président du Tribunal.

5. L'expert déposera son rapport au plus tard dans un délai de trois mois à compter du jour où il aura reçu le dossier médical et les observations des parties.

Ainsi jugé par M. Jacques Ducoux, Président du Tribunal, Tun Mohamed Suffian, Vice-président, et Mme Mella Carroll, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 10 décembre 1987.

(Signé)

Jacques Ducoux
Mohamed Suffian
Mella Carroll
A.B. Gardner