

Organisation internationale du Travail  
*Tribunal administratif*

International Labour Organization  
*Administrative Tribunal*

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

**J.**  
**c.**  
**UIT**

**139<sup>e</sup> session**

**Jugement n° 4932**

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Union internationale des télécommunications (UIT), formée par M. J. J. le 24 février 2021 et régularisée les 8 avril et 24 août 2021, le mémoire en réponse de l'UIT du 23 décembre 2021, la réplique du requérant du 27 février 2022 et la duplique de l'UIT du 29 avril 2022;

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

Après avoir examiné le dossier, 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:

Le requérant, ancien fonctionnaire de l'UIT, conteste le refus allégué de l'organisation de prendre des mesures pour veiller à ce que l'assureur de l'UIT prenne en charge les dépenses médicales de sa fille et ses propres frais de nature non médicale, ainsi que l'absence de réponse à ses demandes de précisions quant à ses cotisations d'assurance-maladie.

Avant 2014, la couverture d'assurance-maladie des fonctionnaires actifs et retraités de l'UIT était assurée au travers de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel (CAPS), qui était la caisse d'assurance commune à l'UIT et au Bureau international du Travail (BIT), secrétariat de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Le 30 avril 2014, l'UIT s'est séparée de la CAPS et tous les

fonctionnaires actifs et retraités de l'organisation ont cessé d'être affiliés à la CAPS. Conformément à l'ordre de service n° 14/10, publié le 30 avril 2014 et révisé le 16 décembre 2014, l'organisation a mis en place un nouveau plan d'assurance-maladie, dénommé Convention Collective Assurance Maladie (CCAM) de l'UIT, pour ses fonctionnaires actifs et retraités, et les membres éligibles de leur famille. L'ordre de service prévoyait que toutes dépenses relatives à un traitement reçu jusqu'au 30 avril 2014 inclus feraient l'objet d'un remboursement par la CAPS. La CCAM confiait le traitement des demandes de remboursement des frais médicaux à une compagnie d'assurances privée, C., dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisation et la compagnie en question. La compagnie d'assurance privée a créé un produit d'assurance distinct, appelé «[C.] Comfort +», qui ne faisait pas partie de son contrat avec l'UIT; il s'agissait d'une assurance complémentaire destinée aux membres de la CCAM qui offrait des services allant au-delà de ceux énumérés dans l'ordre de service n° 14/10. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'UIT adhéra à un nouveau régime d'assurance collectif, l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies (UNSMIS). Il fut mis un terme à la CCAM à partir du 31 décembre 2020 et le contrat avec la compagnie d'assurance privée C. ne fut pas renouvelé.

Par une lettre datée du 7 mai 2016, le requérant, qui avait pris sa retraite en 2009, contacta l'organisation pour poser plusieurs questions sur les prestations sociales et médicales de sa fille. N'ayant pas reçu de réponse, il réitéra ses demandes le 17 octobre 2016. Le 7 février 2017, à la suite d'un appel téléphonique avec le Service des prestations de sécurité sociale et du bien-être du Département de la gestion des ressources humaines, l'intéressé envoya une lettre au département en question en indiquant notamment que, comme mentionné lors de son appel, il venait de recevoir une facture d'un hôpital suisse pour un traitement que sa fille avait reçu en janvier 2014 qu'il ne pouvait pas payer et demandait que le département «examine la question pour trouver une solution»\*. Le 11 juillet 2017, le requérant adressa un mémorandum au Secrétaire général pour solliciter son aide «afin

---

\* Traduction du greffe.

d'accélérer le traitement de [ses] demandes»\* formulées dans les lettres envoyées à l'UIT concernant la couverture d'assurance de sa fille, qui étaient restées sans réponse. Il ne reçut aucune réponse à ce mémorandum.

Le 19 septembre 2019, le requérant contacta le Service des prestations de sécurité sociale et du bien-être, indiquant que les lettres qu'il avait envoyées étaient restées sans réponse et demandant l'examen des questions qu'il y soulevait. De plus, il soulignait qu'il y avait une «anomalie»\* dans le calcul du montant de sa «franchise annuelle»\* pour la compagnie C. Il renouvela ses demandes les 21 octobre et 10 novembre 2019.

L'administration répondit à la correspondance du requérant par un courriel daté du 14 novembre 2019. Elle répondait à sa question concernant la prétendue «anomalie» et indiquait, au sujet de ses lettres envoyées en 2016 et 2017, que les «procédures judiciaires pour cette affaire [étaient] closes»\*.

Le 24 juin 2020, le requérant saisit le Comité d'appel pour contester l'absence de réponse de l'UIT à ses lettres «concernant la couverture médicale»\* et pour demander des éclaircissements «sur l'ancienne couverture d'assurance médicale (CAPS [...]) et les déductions pour [la compagnie d'assurance C.]»\*. Dans son recours, il demandait également des précisions sur le calcul de ses «cotisations annuelles pour les frais médicaux»\* mentionnées dans l'«attestation de 2019»\* fournie par l'organisation «à des fins fiscales»\*.

Le Comité d'appel rendit son rapport le 14 octobre 2020. Même s'il estimait que le recours était irrecevable, il avait examiné plusieurs des demandes de l'intéressé sur le fond et les avait jugées non fondées. Le Comité recommandait au Secrétaire général de rejeter le recours dans son intégralité. Afin d'éviter de telles situations à l'avenir, il recommandait néanmoins de manière générale que l'administration réponde sans délai, de préférence par écrit, à toute demande ou réclamation future concernant l'assurance-maladie et les calculs relatifs

---

\* Traduction du greffe.

à la couverture d'assurance-maladie, en fournissant les explications nécessaires.

Le 13 juillet 2020, le requérant forma un deuxième recours, demandant l'intervention de l'organisation en son nom dans un litige avec la compagnie d'assurance privée relatif au refus de ses demandes de remboursement au titre de la couverture «[C.] Comfort +» pour des soins non médicaux à domicile, à savoir des frais d'alimentation et de transport. Le Comité d'appel rendit son rapport le 11 novembre 2020; il y concluait que le recours était irrecevable et recommandait au Secrétaire général de le rejeter dans son intégralité.

Entre-temps, le 4 septembre 2020, le Service des prestations de sécurité sociale et du bien-être envoya un courriel rappelant aux membres du personnel assurés dans le cadre de la CCAM que la date limite pour présenter des demandes de remboursement à la compagnie d'assurance privée pour des frais médicaux engagés avant le 31 décembre 2019 était fixée au 30 septembre 2020. Faisant remarquer que, selon la loi suisse, les médecins pouvaient émettre une facture jusqu'à cinq ans après la date du traitement, elle les invitait à contacter leurs praticiens et à s'assurer qu'ils étaient à jour d'honoraires.

En outre, le 17 septembre 2020, l'UIT demanda au requérant de lui communiquer certains documents dans le but de lui fournir les précisions qu'il avait demandées dans son premier recours. Le 25 septembre, après avoir reçu les informations demandées au requérant, l'UIT lui fournit des explications concernant les déductions opérées sur ses revenus.

Par lettre du 26 novembre 2020, le Secrétaire général informa le requérant qu'il avait décidé de suivre les recommandations du Comité d'appel et de rejeter les deux recours. Telle est la décision attaquée.

Le requérant demande au Tribunal d'ordonner à l'UIT de lui rembourser la totalité de la facture médicale de l'hôpital suisse, y compris les frais administratifs, correspondant à une somme de 11 000 francs suisses, «plus tous frais supplémentaires imprévus qui pourraient survenir en temps opportun à la clôture de l'affaire»\*, et de lui rembourser les frais engagés au titre de la couverture «[C.] Comfort +»,

---

\* Traduction du greffe.

d'un montant de 8 294 francs suisses pour les frais d'alimentation et de 6 000 francs suisses pour les «frais de transport»\*. Il réclame également des dommages-intérêts punitifs, y compris des intérêts. Enfin, dans sa réplique, le requérant sollicite l'octroi de dépens.

L'UIT note que la présente requête concerne une décision prise par une compagnie privée, décision à laquelle l'organisation n'a pas participé et pour laquelle elle n'avait aucune responsabilité, et qu'il ne s'agit pas d'une décision administrative susceptible de recours en vertu du Statut du Tribunal. Elle note en outre que le requérant entend également contester la prétendue omission de l'UIT de traiter ses demandes de clarification, ce qui ne constitue pas une décision administrative et ne relève donc pas de la compétence du Tribunal. En outre, elle soutient que l'intéressé n'a pas présenté de demande de réexamen des questions soulevées et que ses recours sont, en tout état de cause, irrecevables *ratione temporis*. Par conséquent, l'UIT demande au Tribunal de rejeter la requête comme étant irrecevable et dénuée de fondement dans son intégralité.

#### CONSIDÈRE:

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

En substance, le requérant conteste le refus allégué de l'UIT de prendre des mesures pour veiller à ce que les assureurs de l'organisation prennent en charge les frais médicaux de sa fille et ses propres frais de nature non médicale, ainsi que l'absence de réponse à ses demandes de clarification concernant ses cotisations d'assurance-maladie.

2. En ce qui concerne le régime d'assurance-maladie des fonctionnaires actifs et retraités de l'UIT, il convient de rappeler ce qui suit:

---

\* Traduction du greffe.

- i) Jusqu'en 2014, la couverture d'assurance-maladie des fonctionnaires actifs et retraités de l'UIT était assurée au travers de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel (CAPS);
- ii) Conformément à l'ordre de service n° 14/10, publié le 30 avril 2014 et révisé le 16 décembre 2014, l'UIT a mis en place un nouveau plan d'assurance-maladie, dénommé Convention Collective Assurance Maladie (CCAM) de l'UIT, pour ses fonctionnaires actifs et retraités, et les membres éligibles de leur famille. En vertu de la CCAM, le traitement des demandes de remboursement des frais médicaux était confié à une compagnie d'assurances privée, C., dans le cadre d'un contrat conclu entre l'organisation et la société en question. La compagnie choisie à l'issue d'un appel d'offres était la compagnie d'assurance privée C.;
- iii) Au cours de la période pendant laquelle la CCAM a été en vigueur, la compagnie d'assurance C. a créé un produit d'assurance distinct, conçu comme une assurance complémentaire destinée aux membres de la CCAM et nommé «[C.] Comfort +». Il s'agissait d'offrir des services allant au-delà de ceux clairement énumérés dans l'ordre de service n° 14/10 et ce produit d'assurance ne faisait pas partie du contrat conclu entre l'UIT et la compagnie C. Les fonctionnaires (et les retraités) de l'UIT étaient libres d'y adhérer et, s'ils choisissaient de le faire, ils souscrivaient un contrat spécifique avec la compagnie C., sans aucune participation de l'UIT;
- iv) À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'UIT a adhéré à un nouveau régime d'assurance collectif, l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies (UNSMIS). Il a été mis un terme à la CCAM avec effet au 31 décembre 2020 et le contrat avec la compagnie C. n'a pas été renouvelé.

3. Le requérant demande le remboursement des frais médicaux et des frais de nature non médicale liés à une aide à domicile comme suit:

- 9 906 francs suisses pour les prestations médicales dont la fille du requérant a bénéficié du 13 au 31 janvier 2014, conformément à la facture émise le 6 janvier 2017 par un hôpital suisse, plus les frais administratifs, soit un total de 11 000 francs suisses;

- 
- 8 294 francs suisses et 6 000 francs suisses pour une aide à domicile de nature non médicale, à savoir des frais d'alimentation et de transport; il a demandé le remboursement de 8 294 francs suisses pour des repas livrés quotidiennement à domicile par un restaurant de juin à décembre 2019, et de 6 000 francs suisses pour des «frais de transport de juin à décembre 2019»\*.

En ce qui concerne les frais médicaux, il soutient que:

- l'UIT n'a pas répondu rapidement ni comme il se doit à ses demandes;
- conformément à la loi suisse, l'hôpital était en droit d'émettre une facture dans un délai de cinq ans, comme il l'a fait en l'espèce; il s'appuie, à cet égard, sur le courriel du 4 septembre 2020 émis par le Service des prestations de sécurité sociale et du bien-être du Département de la gestion des ressources humaines; et
- il avait donc droit au remboursement de la facture de l'hôpital suisse en vertu du régime d'assurance en vigueur à l'époque.

En ce qui concerne les frais de nature non médicale, il prétend que l'UIT n'est pas intervenue en sa faveur auprès de la compagnie C.; il lui avait été assuré que, «par l'intermédiaire de l'UIT, [la compagnie C.] se conformerait à une décision du Tribunal de l'OIT»\*.

Il ajoute que l'UIT a refusé de lui fournir les calculs complets et détaillés de ses revenus annuels et de ses cotisations d'assurance-maladie.

4. Il convient de rappeler la jurisprudence du Tribunal sur le rôle des organisations internationales dans les litiges entre des fonctionnaires et des compagnies d'assurance choisies par les organisations dans le cadre de régimes d'assurance collectifs. Dans une affaire où une organisation internationale faisait valoir qu'un litige entre le fonctionnaire et la compagnie d'assurance ne la concernait pas, le Tribunal a estimé que 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

---

\* Traduction du greffe.

que lorsqu'une organisation confie à un assureur privé le soin de prendre en charge cette protection sociale, comme c'était le cas lorsque l'UIT a mis en place la CCAM, 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, le jugement 3506, au considérant 9; voir également les jugements 3031, aux considérants 14, 18 et 19, et 2063, au considérant 8). En l'espèce, la contestation soulevée par le requérant n'oppose pas celui-ci à l'assureur, mais bien à l'organisation elle-même, et porte, précisément, sur le respect par cette dernière 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 les jugements 3506, au considérant 9, 3030 et 2249). L'organisation étant responsable du comportement de son assureur, il convient de la condamner à assumer elle-même le remboursement des frais litigieux, à charge pour elle de se retourner contre l'assureur en vue d'obtenir la compensation de cette dépense (voir le jugement 3506, au considérant 19).

5. La facture émise par l'hôpital suisse le 6 janvier 2017 concernait des prestations médicales dont la fille du requérant avait bénéficié du 13 au 31 janvier 2014.

Comme mentionné ci-dessus, jusqu'en 2014, la couverture d'assurance-maladie du personnel et des retraités de l'UIT était assurée par la CAPS. Le régime d'assurance collectif de l'UIT a été transféré de la CAPS à la CCAM conformément à l'ordre de service n° 14/10. Son paragraphe 2.4. prévoyait des mesures transitoires, stipulant que «[t]oute[] dépense[] relative[] à un traitement (ou toute partie d'un traitement) reçu jusqu'au [...] 30 avril 2014 inclus, fera l'objet d'un remboursement par la CAPS».

Par conséquent, l'UIT prévoyait bien la possibilité que ses fonctionnaires assurés reçoivent des factures correspondant à des traitements prodigués avant le changement de couverture d'assurance de 2014 et prenait les mesures transitoires adéquates.

En outre, l'article 9.1 de l'ordre de service disposait ce qui suit:

«SOUMISSION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

1. Les personnes assurées doivent soumettre toutes les demandes de remboursement relatives à des soins médicaux reçus le 30 avril 2014 à GMT +1 (00.00) ou avant cette date uniquement à la Caisse (et non au Plan). Ces demandes de remboursement seront réglées uniquement par la Caisse (et non par le Plan); en aucun cas, ces demandes de remboursement ne pourront être soumises après le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

2. Les demandes de remboursement visées au paragraphe 1 ci-dessus doivent être soumises à la Caisse au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Toute demande de remboursement soumise après cette date n'ouvre pas droit au paiement ou au remboursement par l'UIT des prestations, au titre de la Caisse ou du Plan ou de quelque autre façon que ce soit.»

Ainsi, la demande de remboursement du requérant de frais médicaux engagés en janvier 2014 aurait dû être soumise à la CAPS au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Même si la demande de remboursement était régie par les Statuts et Règlement administratif de la CAPS, comme le soutient l'organisation, et non par la mesure transitoire prévue par l'ordre de service, la demande aurait néanmoins été frappée de forclusion.

En admettant que la facture de l'hôpital suisse concernait un traitement médical reçu du 13 au 31 janvier 2014 et qu'elle devait être remboursée au titre de la CAPS, l'article 2.10, paragraphe 3, des Statuts et Règlement administratif de la CAPS serait alors applicable. Il prévoyait que:

«Les notes et factures remises à la Caisse plus de 21 mois après la date de leur établissement, ou plus de 27 mois après la fin du traitement auquel elles se rapportent n'ouvrent pas droit à des prestations de la Caisse. [...]»

En conséquence, une facture pour un traitement reçu en janvier 2014 aurait dû être soumise au plus tard le 30 avril 2016. Or aucune pièce du dossier ne prouve que le requérant ait soumis une demande de remboursement à la CAPS ou à tout autre service de l'organisation avant la date limite du 30 avril 2016. Sa lettre du 7 mai 2016 ne mentionne pas la facture de l'hôpital suisse. En tout état de cause, même en supposant que la demande du 7 mai 2016 concernait le traitement médical datant de janvier 2014, la demande était frappée de forclusion

car déposée après la date limite du 30 avril 2016. Cela vaut également pour la demande du 7 février 2017, qui était aussi frappée de forclusion.

Le requérant se fonde à tort sur le courriel du 4 septembre 2020 envoyé par le Département de la gestion des ressources humaines. Par ce courriel, il était rappelé au personnel que:

- la date limite pour soumettre à la compagnie C. des demandes de remboursement de frais médicaux engagés avant le 31 décembre 2019 était fixée au 30 septembre 2020;
- après cette date, il ne serait plus possible de présenter des demandes de remboursement dans le système;
- en Suisse, les médecins peuvent légalement émettre une facture jusqu'à cinq ans après la date du traitement, c'est pourquoi les membres du personnel devaient contacter leurs praticiens et s'assurer qu'ils étaient à jour d'honoraires.

Ce courriel a été émis en prévision de la fin de la CCAM au 31 décembre 2020. Il ne concernait que la date limite de demande de remboursement des frais médicaux relevant de la CCAM. En conséquence, il ne modifiait pas les règles contenues dans l'ordre de service n° 14/10 relatives à la date limite de demande de remboursement des frais médicaux engagés jusqu'au 30 avril 2014, qui relevaient de la CAPS.

La référence, figurant dans ce courriel, à la possibilité qu'ont les médecins en Suisse de facturer légalement leurs prestations jusqu'à cinq ans après la date du traitement visait à rappeler aux membres du personnel qu'ils devaient respecter la date limite du 30 septembre 2020 pour soumettre à la compagnie C. les demandes de remboursement des frais médicaux engagés avant le 31 décembre 2019, indépendamment du fait qu'en vertu de la loi suisse les factures des honoraires médicaux pouvaient légalement être émises dans un délai de cinq ans. L'UIT n'était pas liée par le droit suisse. Le fait qu'en Suisse les médecins soient autorisés à émettre leurs factures dans un délai de cinq ans après la date du traitement n'exemptait pas les fonctionnaires membres de la CAPS ou de la CCAM de respecter les délais prévus pour la soumission des demandes de remboursement de frais médicaux.

Le requérant n'a pas prouvé qu'il a présenté sa demande à la CAPS ou à tout autre service de l'organisation, ni à quelle date il l'a fait. En outre, il a été dûment informé par l'UIT que sa demande déposée après le délai de 27 mois était frappée de forclusion. Par conséquent, les moyens de l'intéressé concernant sa demande de remboursement des frais médicaux de sa fille sont dénués de fondement.

6. Dans le présent considérant, le Tribunal examinera la demande du requérant concernant le remboursement des frais de nature non médicale relatifs à une aide à domicile. À la lumière de la jurisprudence citée au considérant 4 ci-dessus, le Tribunal note qu'une organisation doit être tenue responsable du comportement de son assureur privé dans le cadre du plan/fonds/régime d'assurance collectif, mais ne peut être tenue responsable des services supplémentaires que l'assureur offre au personnel sur une base facultative. Ces services supplémentaires découlent de contrats individuels et, à cet égard, un litige entre un fonctionnaire (ou un ancien fonctionnaire) et la compagnie d'assurance est un litige privé qui ne relève pas de la compétence de l'organisation ni de celle du Tribunal.

En l'espèce, le plan collectif d'assurance-maladie en vigueur au moment des faits (CCAM) ne couvrait pas les frais de nature non médicale liés à une aide à domicile. Il prenait en charge 80 pour cent des dépenses médicales, pour les fonctionnaires (et anciens fonctionnaires) et les membres de leur famille couverts (ordre de service n° 14/10, annexe 2). Les frais de nature non médicale étaient couverts, dans les conditions convenues, par le produit d'assurance complémentaire appelé «[C.] Comfort +», qui ne faisait pas partie du contrat conclu entre l'UIT et la compagnie C. Toute question relative à l'interprétation de la disposition contractuelle concernant une aide de nature non médicale et son champ d'application est régie, conformément au manuel «[C.] Comfort +», par les Principes d'UNIDROIT relatifs aux contrats du commerce international, et non par les Statut et Règlement du personnel de l'UIT; tout litige y afférent doit être résolu par le système de règlement des litiges prévu dans le régime «[C.] Comfort +». En conséquence, l'UIT n'était pas en mesure d'intervenir auprès de la compagnie d'assurance C. pour régler le différend entre cette dernière

et le requérant, et elle ne peut être tenue responsable du non-remboursement par la compagnie C. des frais de nature non médicale liés à l'alimentation et au transport. Pour le même motif, les questions soulevées par le requérant ne relèvent pas de la compétence du Tribunal.

7. L'affirmation du requérant selon laquelle l'UIT a refusé de répondre à ses demandes de précisions quant à ses cotisations d'assurance-maladie est en partie infondée et irrecevable pour le surplus, et, en tout état de cause, sans objet. L'organisation lui a fourni les informations demandées dans un courriel du 14 novembre 2019 et dans une lettre datée du 25 septembre 2020, après le dépôt de ses deux recours internes (les 24 juin et 13 juillet 2020). En admettant même que la communication du 25 septembre 2020 constituait une décision administrative, elle n'a pas été attaquée dans le cadre d'un recours interne. Par conséquent, elle ne peut être contestée devant le Tribunal, le requérant n'ayant pas épuisé tous les moyens de recours interne (article VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal). En tout état de cause, la communication du 25 septembre 2020 informait le requérant des critères que l'organisation appliquait pour les cotisations et l'intéressé ne précise pas en quoi cette communication serait entachée d'irrégularité. Étant donné qu'il a reçu des informations sur les critères de calcul de ses revenus annuels et de ses cotisations d'assurance-maladie, la demande de communication de ces informations est, en tout état de cause, sans objet.

8. Le requérant n'a pas présenté d'éléments de preuve ni d'analyse susceptibles de démontrer un parti pris, de la malveillance, de l'animosité, de la mauvaise foi ou d'autres desseins répréhensibles qui justifieraient l'octroi de dommages-intérêts punitifs (voir, par exemple, les jugements 4756, au considérant 11, 4286, au considérant 19, et 3419, au considérant 8). En conséquence, la conclusion tendant à l'octroi de dommages-intérêts punitifs n'est pas fondée et doit être rejetée.

9. La requête devant être rejetée, le requérant n'a pas droit à des dépens au titre de la présente procédure.

10. La requête ayant échoué sur le fond, il n'y a pas lieu d'examiner les fins de non-recevoir soulevées par l'UIT, autres que celles précisément examinées par le Tribunal aux considérants 6 et 7 ci-dessus.

Par ces motifs,

DÉCIDE:

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 7 novembre 2024, par M. Patrick Frydman, 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.

Prononcé le 6 février 2025 sous forme d'enregistrement vidéo diffusé sur le site Internet du Tribunal.

*(Signé)*

PATRICK FRYDMAN    ROSANNA DE NICTOLIS    HONGYU SHEN

MIRKA DREGER