

CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION DE LA SANTE DU PERSONNEL(CAPS) DU BIT

Notification des propositions d'amendements aux Statuts et Règlement administratif de la CAPS

Propositions d'amendements aux Statuts

- Article 2.10 (*Paiement des prestations*)
- Article 2.10BIS (*Accords entre la Caisse et les prestataires de services*)
- Article 2.11 (*Suspension et déchéance des droits*)
- Article 2.11BIS (*nouvel article*) (*Fraude aux dépens de la Caisse*)
- Article 2.11TER (*nouvel article*) (*Exclusion de la Caisse ou cessation de la couverture en cas de fraude ou d'arriérés*)
- Article 3.7 (*Déduction et transfert des cotisations*)
- Article 4.6 (*Décisions du Comité de gestion*)
- Article 4.7 (*Attributions du Comité de gestion*)
- Article 4.11 (*Attributions du Sous-comité permanent*)
- Article 4.16 (*Assemblée générale*)
- Article 4.17 (*Amendements aux Statuts*)
- Article 4.18 (*Commission d'arbitrage*)
- Article 5.3 (*nouvel article*) (*Réexamen d'une décision à la demande de l'assuré(e)*)
- Article 5.4 (*renuméroté*) (*Litiges concernant des questions médicales*)
- Article 5.5 (*nouvel article*) (*Litiges concernant des questions autres que médicales*)
- Article 5.6 (*renuméroté*) (*Entrée en vigueur des Statuts*)

Propositions d'amendements à l'annexe II : Règlement des élections

(*Règlement des litiges*)

Modifications au Règlement administratif

Chapitre IV (*Administration*) (*nouveau chapitre*)

Article 4.18 (*nouvel article*) (*Commission d'arbitrage*)

Chapitre V (*Divers*)

Article 5.5 (*nouvel article*) (*Litiges concernant des questions autres que médicales*)

Objet de la circulaire

1. La présente circulaire a pour objet de notifier à toutes les personnes assurées par la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du BIT (CAPS) les amendements proposés aux Statuts de la CAPS en vertu de l'article 4.17 ("Amendements aux Statuts"), et de les informer des amendements apportés à l'annexe II ("Règlement des élections") et au Règlement administratif.
2. Le Comité de gestion de la Caisse a approuvé ces propositions d'amendements lors de ses 266^{ème} et 266^{ème}/cont. séances les 30 septembre et 6 octobre 2021. La date d'entrée en vigueur proposée pour ces amendements est le 1er mai 2022.
3. Les amendements proposés qui comportent les modifications les plus importantes sont expliqués en détail ci-dessous. Tous les amendements proposés sont annexés à la présente circulaire, avec le suivi des modifications en mode « track-changes ».

Contexte

4. Les amendements proposés aux Statuts, à l'Annexe II ("Règlement des élections") et au Règlement administratif, qui relèvent de l'autorité du Comité de gestion, visent à améliorer l'efficacité et le contrôle des opérations de la CAPS, à la lumière des recommandations des audits externes et internes. Ils visent également à rationaliser certains aspects de la gouvernance de la CAPS et à clarifier certaines procédures administratives pour en rendre l'application plus facile pour les assurés.
5. Le Comité de gestion a créé un groupe de travail sur la révision des Statuts et Règlement administratif, qui a été chargé de présenter au Comité de gestion une série de propositions d'amendements. En 2018, le groupe de travail a été spécifiquement chargé d'examiner le rôle du Comité de gestion de la CAPS en ce qui concerne les principaux aspects de gouvernance interne, en tenant compte du rapport d'audit interne sur l'examen du processus de paiement des demandes de remboursement de la CAPS et d'autres recommandations de l'audit externe plus récentes.
6. Ce groupe de travail était composé de membres du Comité représentant les assurés et l'administration. Le groupe de travail a été guidé par les recommandations de l'audit, les meilleures pratiques en matière d'assurance santé mutuelle et les dispositions applicables dans les régimes d'assurance d'autres agences du système des Nations Unies. Le groupe a tenu le Comité de gestion régulièrement informé de ses progrès, et le Comité de gestion a finalement approuvé les amendements proposés par le groupe de travail le 6 octobre 2021.

Amendements proposés aux Statuts

Chapitre II (Prestations) - Amendements concernant la gestion des opérations et la prévention de la fraude.

7. Afin de renforcer les moyens de contrôle, le Comité de gestion a décidé d'introduire un nouvel article dans les Statuts pour préciser les mesures à prendre en cas de fraude aux dépens de la CAPS. Il a également décidé de revoir les dispositions régissant les conséquences de la fraude au détriment de la CAPS, notamment la suspension, la déchéance des droits, l'exclusion ou la cessation de la couverture.
8. A la lumière de recommandations d'audit spécifiques, le Comité a également décidé de clarifier les dispositions régissant les pièces justificatives (c'est-à-dire la preuve de paiement) à fournir par les assurés pour demander le paiement de prestations par la CAPS. En outre, le Comité a introduit un nouveau seuil limitant la possibilité de soumettre des factures de frais médicaux payés en espèces, afin de renforcer la protection de la Caisse contre les demandes frauduleuses.
9. Ces modifications permettront d'aligner les Statuts de la CAPS sur les dispositions applicables dans les autres mutuelles de santé du système des Nations Unies.

Chapitre IV (Administration) – Amendements concernant les décisions du Comité de gestion et les attributions du Sous-Comité permanent.

10. Ces modifications visent à codifier la règle régissant le nombre minimum de membres du comité de gestion requis pour la prise de décision (c'est-à-dire le quorum), qui est appliquée dans la pratique depuis de nombreuses années. Des changements spécifiques sont également destinés à garantir que les votes de tous les membres du comité de gestion ont le même poids. Les amendements proposés introduisent également des délais pour soumettre des demandes individuelles et des cas particuliers à l'examen du Sous-comité permanent et du Comité de gestion.

Assemblée générale (des assurés)

11. L'amendement proposé vise à garantir que les assemblées générales soient convoquées à intervalles plus réguliers et que les conclusions éventuelles soient dûment traitées par le Comité de gestion, tout en conservant un caractère consultatif (non contraignant).

Procédure d'amendement aux Statuts

12. Les amendements proposés abaissent les exigences de majorité et de participation en cas de référendum sur les amendements aux Statuts de la CAPS approuvés par le Comité de gestion. En proposant cet amendement, le Comité de gestion a considéré que, selon les Statuts de la CAPS, les amendements aux Statuts ne sont pas approuvés par une assemblée générale souveraine et restent donc soumis à l'examen des assurés.

Arbitrage et règlement des litiges

13. Le Comité de gestion a revu l'ensemble des procédures de règlement des litiges afin de les rendre plus compréhensibles et d'en faciliter la compréhension par les assurés, tout en cherchant à assurer une rédaction cohérente de ces dispositions dans l'ensemble des Statuts et Règlement administratif de la CAPS. Les amendements proposés visent à renforcer la clarté de la procédure de règlement des litiges et à introduire une différence spécifique entre les litiges de nature médicale et non médicale. Les modifications proposées visent à transformer le système actuel, qui s'apparente à un arbitrage, en une véritable procédure d'appel devant une commission de recours permanente et indépendante, dotée d'un secrétariat distinct de celui de la CAPS, afin de garantir l'impartialité et la séparation des tâches.

Amendements au Règlement des élections (Annexe II) et au Règlement administratif

14. L'objectif des amendements au Règlement des élections et au Règlement administratif est de réviser les aspects pertinents concernant l'application des nouveaux Statuts et d'autres clarifications administratives impliquant des changements éditoriaux mineurs.

Procédure

15. Conformément au paragraphe 2 de l'article 4.17 des Statuts de la CAPS:

Les amendements approuvés par le Comité de gestion sont notifiés aux assurés. Si une demande écrite à cette fin, émanant de 200 personnes assurées, est reçue par le Comité de gestion dans les trois semaines suivant la notification, le comité soumet, par écrit, l'amendement proposé au vote des assurés. Si plus des deux tiers des suffrages exprimés sont contre l'amendement proposé et si 30 pour cent au moins de tous les assurés ont voté, l'amendement n'entre pas en vigueur.

Florian Léger
Secrétaire exécutif
Caisse d'Assurance pour la Protection
de la Santé du personnel

10 février 2022

Statuts de la CAPS

Note: Le texte en rouge souligné correspond à des ajouts ou à des modifications. Le texte biffé correspond à des suppressions.

ARTICLE 2.10

Païement des prestations

1. Conformément au paragraphe 2 de l'article 1.1, les prestations ne sont normalement versées qu'à l'assuré(e). Dans des circonstances exceptionnelles, elles peuvent être versées à la personne qui a effectivement supporté les dépenses au titre desquelles le remboursement est demandé.

2. Les prestations sont ~~normalement~~ payables ~~sur présentation d'éléments justificatifs montrant une fois~~ que les frais donnant droit à un remboursement ~~au titre des présents Statuts~~ ont été payés par l'assuré(e), à moins que le Secrétaire exécutif n'autorise le remboursement d'une facture avant son acquittement, compte tenu du système de facturation applicable dans le pays où les frais médicaux sont engagés. Les factures de plus de 1 000,00 dollars des États-Unis qui ont été acquittées en espèces ne sont pas remboursables, sauf autorisation exceptionnelle du Secrétaire exécutif, au regard des conditions particulières appliquées par les prestataires de soin de santé du pays où les frais sont engagés. Quand la preuve du paiement n'est pas donnée en même temps que la demande de remboursement, l'assuré(e) peut être invité(e) à fournir tous les éléments de preuve nécessaires. Dans des circonstances exceptionnelles, des avances sur prestations peuvent être autorisées pour des obligations déjà contractées.

2.—3. Les personnes normalement assurées apportent la preuve du paiement de la dépense dont elles demandent le remboursement. Lorsqu'aucune preuve de paiement n'est fournie avec la demande de remboursement, l'assuré(e) peut être invité(e) à fournir tous les justificatifs nécessaires.

3.—4. 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. Les notes et factures remises à la Caisse plus de 9 mois après que l'assuré(e) cesse d'y participer ne sont pas remboursées, quelle que soit la date du traitement auquel elles se rapportent ou la date de leur établissement.

4.—5. Lorsqu'il existe un doute quant à l'authenticité ou à l'exactitude d'une facture ou quant au droit à prestations, il n'est pas versé de prestations tant que l'assuré(e) n'a pas fourni les renseignements permettant de dissiper le doute de manière satisfaisante.

5.—6. Les sommes payées par la Caisse en plus des prestations prévues dans les présents Statuts sont remboursées par l'assuré(e) selon la même procédure que celle indiquée au paragraphe 2 de l'article 2.10 bis.

ARTICLE 2.10BIS

Accords entre la Caisse et les prestataires de services

1. La Caisse peut conclure des accords avec des prestataires de services afin de développer les moyens qui semblent de temps à autre souhaitables pour la bonne administration de la Caisse et la fourniture prompte de services. Ces accords peuvent contenir des dispositions prévoyant la garantie du paiement des factures et le versement des sommes garanties directement à tel ou tel prestataire ou groupe de prestataires de services.

2. Lorsque des dispositions prévoyant le versement direct de prestations aux prestataires sont adoptées, les conditions suivantes s'appliquent:

- a) les factures présentées à la Caisse par le prestataire sont payées directement par la Caisse au prestataire;
- b) lorsque l'assuré(e) est un fonctionnaire en service, la partie de la facture qui est à sa charge est payée à la Caisse par l'organisation qui l'emploie et qui la déduit de son traitement;

- c) les autres assurés remboursent à la Caisse la partie de la facture qui est à leur charge; s'ils ne le font pas dans un délai d'un mois à compter de la demande, la Caisse peut déduire les montants dus des prestations qui leur sont payables ou prendre toute autre mesure appropriée.

3. Lorsque les dispositions visées aux paragraphes 1 et 2 ne peuvent être prises, la Caisse peut autoriser à titre exceptionnel un paiement anticipé au prestataire, sur la base d'une facture pro forma. En pareil cas, l'assuré(e) demeure tenu de payer tout solde dû et de présenter une demande de remboursement à la Caisse.

ARTICLE 2.11

Déchéance et suspension et déchéance des prestations/droits

1. Sous réserve de l'article 5.3, ~~le~~ Comité de gestion peut décider que le droit d'un(e) assuré(e) est déchu(e) en totalité ou en partie de son droit à certaines prestations, ou que ce droit est totalement ou partiellement suspendu si l'intéressé(e) ne se conforme pas aux dispositions des présents Statuts et Règlement administratif, et notamment:

- a) si l'assuré(e) ne se conforme pas aux dispositions des présents Statuts et du Règlement administratif;
- b) si il est prouvé qu'il(elle) a tenté d'obtenir frauduleusement des prestations auxquelles il(elle) n'avait pas droit;
- ea) si l'assuré(e) ~~ni(elle) même~~ ou l'une des personnes à sa charge protégées par la Caisse refuse de subir un examen médical prescrit par le Comité de gestion ou par le médecin-conseil de la Caisse;
- db) si l'assuré(e) ~~il(si-elle)~~ est en retard dans le versement de cotisations volontaires.

2. Dans l'attente de la décision du Comité de gestion sur l'une ou l'autre des situations visées au paragraphe 1, le Secrétaire exécutif peut suspendre à titre provisoire le paiement des prestations concernées pour une période maximale de quatre mois et, en pareil cas, informe le/la président(e) du Comité de gestion en conséquence.

3. L'assuré(e) est informé(e) de toute décision de suspendre son droit à prestations.

4. Si le Comité de gestion considère que la situation ayant justifié la suspension de paiement n'est vraisemblablement pas susceptible d'être réglée dans un délai raisonnable, il peut décider que l'assuré(e) soit déchu(e) de son droit aux prestations concernées.

[Nouvel article]

ARTICLE 2.11BIS

Fraude aux dépens de la Caisse

1. Si, à l'issue d'un premier examen, le secrétariat a une forte suspicion de penser qu'un(e) assuré(e) ou une personne à sa charge protégée par la Caisse a obtenu ou tenté d'obtenir par la fraude¹ des prestations auxquelles il/elle n'avait pas droit, le Secrétaire exécutif soumet le cas au Trésorier et au Chef auditeur interne. Le cas est traité conformément aux dispositions statutaires et réglementaires applicables de l'Organisation.

2. Le paiement des prestations concernées par la fraude alléguée est suspendu en application du paragraphe 4 de l'article 2.10 et l'assuré(e) est informé(e) en conséquence. Si et lorsque la suspension paraît devoir durer plus de quatre mois, le secrétariat informe le Comité de gestion, qui peut décider de maintenir ou de lever ladite suspension.

¹ Le terme «fraude» s'entend de tout acte ou omission par lequel une personne physique ou morale déforme ou dissimule sciemment un fait a) afin d'obtenir un avantage indu pour elle-même ou pour un tiers ou de se soustraire ou de soustraire un tiers à une obligation, et/ou b) de manière à induire une personne physique ou morale à agir ou à ne pas agir à son détriment (directive du Bureau, IGDS n° 69 (version 3), *Politique de lutte contre la fraude et contre la corruption*, 19 octobre 2017).

[Nouvel article]

ARTICLE 2.11 TER

Exclusion de la Caisse ou cessation de la couverture en cas de fraude ou d'arriérés

1. Le Comité de gestion peut exclure de la Caisse une personne volontairement assurée en vertu de l'article 1.3, ou mettre fin à la couverture d'une personne volontairement assurée en vertu de l'article 1.6, si:

- a) il est établi, après enquête, que cette personne a obtenu ou tenté d'obtenir par la fraude des prestations auxquelles elle n'avait pas droit, ou aidé une autre personne à cette fin;
- b) le montant total des arriérés de cotisations dus pour la personne concernée excède, sans raison valable, le montant des cotisations dues au titre des six derniers mois.

2. L'exclusion de la Caisse ou la cessation de la couverture en application du présent article sont sans préjudice du droit de la Caisse de recouvrer toute somme qui lui est due auprès de l'assuré(e) concerné(e).

ARTICLE 3.7

Déduction et transfert des cotisations

[...]

~~4. Après six mois de retard dans le paiement de ses cotisations, une personne volontairement assurée ainsi que les personnes à sa charge cessent d'être protégées par la Caisse.~~

[...]

ARTICLE 4.6

Décisions du Comité de gestion

1. Sous réserve du paragraphe 2, les décisions du Comité de gestion sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés. ~~En cas d'égalité des suffrages exprimés, la voix du/de la président(e) l'emporte.~~

2. Pour être approuvés, les amendements aux présents Statuts doivent recueillir la majorité des suffrages des membres représentant les assurés, présents à la réunion, et la majorité des suffrages des membres représentant le Directeur général du BIT, présents à la réunion.

~~2.—3. La validité des décisions est subordonnée à la présence à la réunion d'au moins trois membres représentant les assurés et trois membres représentant le Directeur général.~~

ARTICLE 4.7

Attributions du Comité de gestion

1. Dans l'exercice de ses attributions générales relatives à la gestion de la Caisse, le Comité de gestion est chargé notamment:

- a) de définir la politique de la Caisse, compte tenu de ses objectifs;
- b) d'étudier les questions concernant l'assurance pour la protection de la santé des fonctionnaires du BIT et des personnes à leur charge, entre autres les propositions formulées par les assurés ou par le BIT;
- c) de rédiger et d'approuver les propositions d'amendements aux présents Statuts;
- d) d'appliquer les mesures prévues par les présents Statuts pour maintenir l'équilibre financier de la Caisse;
- e) de maintenir un contact avec les assurés au moyen de consultations écrites, d'assemblées générales ou de toute autre façon;
- f) de solliciter des services de l'Organisation tout avis de caractère médical, technique, actuariel ou juridique qu'il juge nécessaire;

- g) d'élaborer les règlements administratifs que peut exiger l'application pratique des présents Statuts;
- h) d'interpréter les présents Statuts ~~et de statuer sur tout~~et de statuer sur tout dans les cas ~~qui lui sont soumis~~porté devant lui par son Sous-comité permanent, ou par un(e) assuré(e) conformément sans préjudice de la procédure de règlement des litiges prévue à l'article 5.3;
- i) de soumettre au Directeur général du BIT, ainsi qu'aux assurés, un rapport annuel sur les activités de la Caisse.

2. Le Comité de gestion nomme un Sous-comité permanent auquel il peut déléguer certaines de ses attributions de gestion.

[...]

ARTICLE 4.11

Attributions du Sous-comité permanent

1. Le Sous-comité permanent est chargé, sous l'autorité générale du Comité de gestion et conformément aux instructions particulières de celui-ci:

- a) de s'acquitter des tâches de gestion que le Comité de gestion lui délègue;
- b) d'interpréter les présents Statuts et le Règlement administratif de la Caisse, sous réserve du pouvoir de réexamen du Comité de gestion ~~et de la procédure de règlement des litiges prévue à l'article 5.3;~~
- c) de surveiller le travail du Secrétaire exécutif de la Caisse et de statuer sur tout ~~cas es questions dont il/elle le saisit~~porté devant lui par celui-ci, ainsi que sur toutes réclamations des ou par un(e) assuré(e)s conformément à l'article 5.3, ~~contre des décisions du Secrétaire, sous réserve du pouvoir de réexamen du Comité de gestion et de la procédure de règlement des litiges prévue à l'article 5.3.~~

2. Le Sous-comité permanent soumet au Comité de gestion toute question sur laquelle il n'est pas parvenu à une décision unanime, ainsi que tous les autres cas dont il estime, eu égard à l'importance des questions en jeu, qu'il appartient au Comité de gestion de trancher lui-même. Il présente à chaque réunion du Comité de gestion un rapport d'activités, oral ou écrit.

[...]

ARTICLE 4.16

Assemblée générale

1. Une assemblée générale des assurés ~~peut être~~est convoquée ~~en tout temps~~ par le Comité de gestion à des intervalles réguliers, au moins une fois tous les deux ans; elle est ~~également, en outre,~~ convoquée à la demande de la majorité des membres titulaires et suppléants du Comité de gestion représentant les assurés, ou à la demande écrite de 100 assurés.

2. Chaque assuré(e) peut participer à l'assemblée générale.

3. Les conclusions auxquelles l'assemblée générale peut aboutir ont un caractère consultatif. Elles sont soumises au Comité de gestion à sa session suivante afin qu'il examine les mesures éventuellement nécessaires.

ARTICLE 4.17

Amendements aux Statuts

- 1. Les propositions d'amendement aux présents Statuts doivent être approuvées par le Comité de gestion, conformément au paragraphe 2 de l'article 4.6.
- 2. Les amendements approuvés par le Comité de gestion sont notifiés aux assurés. Si une demande écrite à cette fin, émanant de 200 personnes assurées, est reçue par le Comité de gestion dans les trois semaines suivant la notification, le comité soumet, par écrit, l'amendement proposé au vote des assurés. Si ~~plus des deux tiers la majorité~~ des suffrages exprimés ~~sont est~~ contre l'amendement proposé et si ~~un tiers~~30 pour cent au moins de tous les assurés ~~ont a~~ voté, l'amendement n'entre pas en vigueur.

3. L'entrée en vigueur de tout amendement est subordonnée à l'approbation du Directeur général du BIT.

ARTICLE 4.18

Commission d'arbitrage

1. Si la majorité des membres ~~titulaires et suppléants~~ du Comité de gestion représentant les assurés ou la majorité des membres ~~titulaires et suppléants~~ représentant le Directeur général du BIT le demande, une commission d'arbitrage est constituée en vue d'examiner toute question que le Comité de gestion n'aurait pu résoudre ainsi que tout projet d'amendement aux présents Statuts, approuvé conformément aux paragraphes 1 et 2 de l'article 4.17, mais qui n'a pas reçu l'approbation du Directeur général.

2. [...]

[Nouvel article]

ARTICLE 5.3

Réexamen d'une décision à la demande de l'assuré(e)

1. Un(e) assuré(e) peut demander qu'une décision du Secrétaire exécutif le(la) concernant ou concernant une personne à sa charge soit réexaminée par le Sous-comité permanent, à condition de présenter une requête en ce sens dans les six mois suivant la date à laquelle ladite décision lui a été notifiée.

2. Si l'assuré(e) n'est pas d'accord avec la décision prise par la Sous-comité permanent à l'égard de son cas, il/elle peut, dans le mois suivant la date à laquelle ladite décision lui a été notifiée, en demander le réexamen par le Comité de gestion.

ARTICLE 5.43

Règlement des Litiges concernant des questions médicales

1. Le Comité de gestion s'en remet, en principe, aux conclusions du médecin traitant. Toutefois, il a le droit, après avoir prévenu le médecin traitant, de demander un nouvel examen du malade par le médecin-conseil ou un médecin désigné par lui, s'il le juge nécessaire.

2. Si les conclusions du médecin traitant et celles qui résultent de l'examen ordonné par le comité divergent, ou si un(e) assuré(e) conteste d'autres conclusions du médecin-conseil, l'intéressé peut demander que son cas soit examiné par un comité médical composé d'un médecin désigné par lui/elle, du médecin-conseil et d'un troisième médecin désigné par les deux premiers. Les conclusions de ce comité médical lient les parties. Les honoraires du troisième médecin sont mis, à parts égales, à la charge de l'assuré(e) et de la Caisse.

[...]

[Nouvel article]

ARTICLE 5.5

Litiges concernant des questions autres que médicales

~~31.~~ Dans les autres cas que ceux soumis au comité médical mentionné ~~au paragraphe 2 à l'article 5.4,~~ l'assuré(e) peut demander qu'une décision du Comité de gestion de la Caisse concernant l'application des présents Statuts à son cas soit portée devant une commission de recours, à condition de présenter une requête en ce sens dans le mois suivant la date à laquelle ladite décision lui a été notifiée. ~~composée de cinq personnes appartenant au personnel du BIT, à savoir:~~

2. La Commission de recours est composée d'assurés de la Caisse qui ne sont membres ni du Comité de gestion ni du secrétariat et qui sont désignés par le Comité de gestion, à savoir:

- a) deux au moins quatre personnes choisies par les membres du Comité de gestion représentant les assurés en dehors de ses membres;
- b) au moins quatre deux personnes choisies par les membres du Comité de gestion représentant le Directeur général désignées par l'assuré(e) en cause;
- c) au moins deux personnes choisies sur décision du Comité de gestion pour présider la Commission de recours. un(e) président(e) choisi(e) par ces quatre personnes ou, en cas de désaccord, par le Directeur général du BIT.

3. Chaque recours est examiné par un collège composé de deux des personnes désignées en vertu du paragraphe 2 a), deux des personnes désignées en vertu du paragraphe 2 b) et l'un des présidents désignés en vertu du paragraphe 2 c).

4. La Commission de recours est assistée par un secrétariat, distinct de celui de la Caisse, qui est chargé de la réception des recours ainsi que de convoquer, sur la base de critères objectifs, un collège de membres de la Commission de recours afin d'étudier chaque cas et de faciliter les communications entre les membres du collège et les parties.

5. La Commission de recours applique, dans rend sur chaque recours une ses décision motivée, en se fondant sur un examen approfondi, objectif et impartial du dossier, et en appliquant s, les présents Statuts.

6. La Commission de recours se conforme à la procédure établie dans le Règlement administratif, qui garantit une administration transparente et équitable du recours. Les décisions sont adoptées à la majorité des membres du collège examinant le recours.

7. Les décisions de la Commission de recours sont sans appel. Elles sont adoptées à la majorité de tous les membres de cette commission.

8. Les dépenses afférentes aux travaux de la Commission de recours, y compris les frais de son secrétariat, sont à la charge du BIT.

[...]

ARTICLE 5.64

Entrée en vigueur des Statuts

[...]

Annex II – Règlement des élections

Note: Le texte en rouge souligné correspond à des ajouts ou à des modifications. Le texte biffé correspond à des suppressions.

Règlement des élections

[...]

Règlement des litiges

18. Les commissaires électoraux examinent toute remarque ou réclamation concernant l'organisation et la procédure de l'élection et prennent toute mesure qu'ils jugent nécessaire afin d'assurer la régularité de l'élection. Leur décision est finale, sous réserve de contestation du résultat de l'élection conformément aux paragraphes suivants.

19. Le résultat de l'élection peut être contesté devant ~~une~~la Commission de recours visée à l'article 5.5 des Statuts, dont les décisions sont sans appel.

20. Pour être recevable, toute contestation du résultat de l'élection doit :

- a) faire l'objet d'une demande motivée soumise par écrit ~~au Secrétaire exécutif de la Caisse~~à la Commission de recours par un(e) candidat(e) ou une personne assurée de la Caisse ayant intérêt pour agir ou par le Comité de gestion; et
- b) être introduite au plus tard dix jours ouvrables après la communication du résultat de l'élection.

~~21. Le Secrétaire exécutif de la Caisse organise la constitution de la Commission de recours, composée de trois personnes assurées, à l'exclusion des auteurs de la contestation, des commissaires électoraux, des candidats à l'élection et des membres du Comité de gestion, à savoir:~~

- ~~a) une personne désignée par l'auteur ou les auteurs de la contestation;~~
- ~~b) une personne désignée par les commissaires électoraux;~~
- ~~c) un(e) président(e) désigné(é) par ces deux personnes ou, en cas de désaccord persistant pendant plus de dix jours ouvrables, par les Directeur général du BIT.~~

~~22.—~~21. La Commission de recours décide ~~à la majorité de ses membres:~~

- a) soit le maintien, sans recommandation, du résultat de l'élection;
- b) soit le maintien, avec recommandation, du résultat de l'élection, toute recommandation devant alors être examinée par le Comité de gestion entrant;
- c) soit l'annulation totale ou partielle de l'élection, qui est alors signifiée au président du Comité de gestion sortant, ainsi qu'au Directeur général du BIT;
- d) soit l'invalidation de l'élection d'un candidat et, le cas échéant, son inéligibilité pour une certaine période.

~~23.—~~22. L'annulation totale ou partielle de l'élection ne peut être prononcée si l'irrégularité constatée n'a manifestement pas altéré le résultat de l'élection.

~~24.—~~23. La Commission de recours rend sa décision dans un délai ne pouvant dépasser 30 jours ouvrables à partir de la date de sa constitution. Si la Commission de recours se trouve dans l'impossibilité de rendre sa décision endéans cette période, le recours, accompagné d'une note explicative des raisons pour lesquelles la Commission de recours n'a pu rendre sa décision dans le délai prescrit, est communiqué conjointement au Directeur général du BIT pour décision. La décision, soit de la Commission de recours, soit du Directeur général du BIT, est sans appel.

~~25.—~~24. En cas d'annulation totale ou partielle de l'élection, les membres du Comité de gestion sortant représentant les assurés sont maintenus pour la période de six mois qui suit la date à laquelle son président est informé par le président de la Commission de recours de la décision d'annulation. Pendant cette période, le Comité de gestion traite les affaires courantes et organise de nouvelles élections, le cas échéant partielles, dont les résultats doivent être déclarés avant la fin de cette période.

Règlement administratif de la CAPS

Note: Le texte en rouge souligné correspond à des ajouts ou à des modifications. Le texte biffé correspond à des suppressions.

Chapitre IV (Administration)

[Nouvel article]

ARTICLE 4.18

Commission d'arbitrage

La composition de la Commission d'arbitrage visée au paragraphe 2 de l'article 4.18 des Statuts est examinée et approuvée par le Comité de gestion au début de tout nouveau mandat des membres représentant les assurés, à tout le moins.

Chapitre V (Dispositions diverses)

[...]

[Nouvel article]

ARTICLE 5.5

Litiges concernant des questions autres que médicales

Les membres de la Commission de recours visée au paragraphe 2 de l'article 5.5 des Statuts sont nommés pour un mandat de trois ans, renouvelable une fois. S'il se révèle impossible de pourvoir un siège vacant en temps voulu, le Comité de gestion peut, à titre exceptionnel, prolonger le mandat d'un membre jusqu'à ce que le siège vacant soit pourvu.