BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

Conseil d'administration

322e session, Genève, 30 octobre-13 novembre 2014

GB.322/PFA/2

Section du programme, du budget et de l'administration
Segment du programme, du budget et de l'administration

PFA

Date: 9 septembre 2014
Original: anglais

DEUXIÈME QUESTION À L'ORDRE DU JOUR

Assurance-maladie après la cessation de service: Examen

Objet du document

Ce document offre un aperçu général de l'assurance-maladie après la cessation de service au Bureau international du Travail. Le Conseil d'administration devrait donner des orientations sur plusieurs options de financement des obligations contractées.

Objectif stratégique pertinent: Sans objet.

Incidences sur le plan des politiques: Sous réserve des orientations fournies par le Conseil d'administration.

Incidences juridiques: Aucune.

Incidences financières: Sous réserve des orientations fournies par le Conseil d'administration.

Suivi nécessaire: Sous réserve des orientations fournies par le Conseil d'administration.

Unité auteur: Bureau du Trésorier et contrôleur des finances (TR/CF).

Documents connexes: GB.162/9/23; GB.241/PFA/9/5; GB.320/PFA/11.

Ce document est tiré à un nombre restreint d'exemplaires afin de réduire autant que possible l'impact sur l'environnement des activités de l'OIT et de contribuer à la neutralité climatique tout en optimisant l'efficience. Nous serions reconnaissants aux membres du Conseil d'administration et aux observateurs de bien vouloir se rendre aux réunions munis de leurs propres exemplaires afin de ne pas avoir à en demander d'autres. Nous rappelons que tous les documents du Conseil d'administration sont accessibles sur Internet à l'adresse http://www.ilo.org.

I. Introduction

1. Conformément aux décisions du Conseil d'administration [1], au Statut du personnel du Bureau international du Travail [2] et aux statuts de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel [3], les membres du personnel acquièrent le droit d'être couverts par le régime d'assurance-maladie subventionné après la cessation de service s'ils remplissent certaines conditions. Pour les anciens fonctionnaires, le coût de la couverture santé après la cessation de service est assumé conjointement par ces derniers et le BIT.

2. Les normes comptables internationales pour le secteur public IPSAS 25 exigent que les obligations contractées au titre de ce droit acquis soient comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice et soient reportées comme telles dans les états financiers de l'OIT. Cette exigence garantit que les états financiers rendent entièrement compte de l'ensemble des obligations à court et à long terme. Les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service reportées dans les états financiers de l'OIT font référence au coût total estimatif pour l'ensemble des retraités et du personnel en activité ayant accumulé un nombre suffisant d'années de service pour avoir droit à l'assurance-maladie après la cessation de service.

3. Le total des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service est une estimation calculée par un actuaire indépendant qui prend en compte l'évolution des frais médicaux, les taux de mortalité, le profil démographique des personnes assurées, l'inflation, etc. Le calcul se fonde sur une méthode mise au point par la profession actuarielle et reconnue par les organismes édictant les normes comptables comme étant la plus fiable pour prévoir le montant des obligations futures de l'Organisation. Si les actifs de l'Organisation sont actuellement suffisants, dans leur totalité, pour couvrir l'ensemble du passif, aucune provision distincte ou spécifique n'est prévue pour financer les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.

4. Nombre d'anciens fonctionnaires ne sont pas admis à la protection de l'assurance-maladie dans le cadre d'un système national de sécurité sociale du fait de leurs fonctions au service du BIT ou d'autres institutions du système des Nations Unies. La couverture par le régime d'assurance-maladie après la cessation de service en vigueur au BIT constitue donc un élément important de sécurité sociale pour les anciens fonctionnaires. L'Organisation assure ainsi l'accès de ses anciens fonctionnaires à des soins de santé appropriés quel que soit leur lieu de résidence et à un coût qui tient compte du montant de leur pension. Les droits aux prestations d'assurance-maladie après la cessation de service sont également accordés aux conjoints et enfants à charge des anciens fonctionnaires, conformément à ce qui se fait dans les autres organisations du système des Nations Unies.

5. Dans son rapport présenté au Conseil d'administration en 2013 [4], le Commissaire aux comptes a recommandé au BIT d'examiner d'autres solutions pour le financement à long terme des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.

[1] Documents GB.162/9/23 et GB.241/PFA/9/5.

[2] Article 8.1.

[3] Articles 1.1 et 1.3 *d), e)* et *f).*

[4] BIT: *Rapport financier et états financiers consolidés vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2012 et rapport du Commissaire aux comptes*, Conférence internationale du Travail, 102e session, Genève, 2013, paragr. 45-63.

Dans son rapport présenté au Conseil d'administration en mars 2014 [5], le Comité consultatif de contrôle indépendant (CCCI) a recommandé au Bureau d'explorer et de mettre en œuvre, en consultation avec le Conseil d'administration, des mesures visant à provisionner entièrement ces charges sur une période de temps appropriée. Le présent document donne un aperçu du dispositif actuel d'assurance-maladie après la cessation de service et des mécanismes permettant de financer les obligations futures au titre des prestations d'assurance-maladie après la cessation de service.

6. Les évaluations actuarielles des charges à payer par le BIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service sont réalisées chaque année conformément à la méthode prescrite par les normes IPSAS [6]. Au 31 décembre 2013, le montant des charges à payer à ce titre pour l'ensemble du personnel en activité et des anciens fonctionnaires pouvant y prétendre était estimé à 799,1 millions de dollars des Etats-Unis. Comme indiqué au paragraphe 24 ci-dessous, en 2013, le niveau des obligations de l'OIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service a bénéficié d'une augmentation des taux d'intérêt à l'échelle mondiale, facteur déterminant de l'évaluation des obligations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. L'évaluation est très sensible aux variations de ces taux, et l'effet positif observé en 2013 peut ou non se confirmer à l'avenir.

7. Le BIT remplit ses obligations à court terme en matière de financement de l'assurance-maladie pour les anciens fonctionnaires sur son budget ordinaire, sur la base du décaissement continu. Le montant de ces obligations augmente à mesure que les membres du personnel prennent leur retraite et que les retraités vieillissent et ont besoin plus fréquemment de soins médicaux plus complexes.

II. Champ d'application du dispositif actuel d'assurance-maladie après la cessation de service en vigueur à l'OIT

8. La couverture de l'assurance-maladie après la cessation de service est assurée par la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel (CAPS). La CAPS est dirigée par un comité de gestion composé d'un nombre égal de représentants nommés par le Directeur général et de représentants élus par les personnes assurées à la Caisse, personnel en activité comme fonctionnaires à la retraite. Le Comité de gestion gère la Caisse conformément aux statuts et Règlement administratif de la CAPS, approuvés respectivement par les personnes assurées et le Comité de gestion et appliqués après approbation du Directeur général.

9. La CAPS fournit une assurance médicale tous risques 24 heures sur 24 partout dans le monde en lieu et place des principaux systèmes nationaux de sécurité sociale et des régimes d'assurance-maladie complémentaires au niveau local. Au vu de la mobilité des fonctionnaires internationaux, des retraités et de leur famille, les statuts de la Caisse prévoient le libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical, sans restriction géographique. La CAPS offre des prestations pour des soins hospitaliers et des traitements ambulatoires, y compris les soins dentaires et optiques, qui résultent de maladies ou d'accidents.

[5] Document GB.320/PFA/11, paragr. 9, recommandation 4.

[6] L'OIT fait appel aux services d'une société d'actuariat indépendante recrutée sur la base d'un appel d'offres international.

10. Les statuts et Règlement administratif de la Caisse prévoient des plafonds pour certains types de traitement et le montant maximum des prestations par année et par assuré. Ces plafonds sont ajustés régulièrement par le Comité de gestion de la CAPS afin de tenir compte de l'évolution des frais médicaux et des fluctuations des taux de change. Par ailleurs, des clauses de sauvegarde font en sorte que les participants puissent continuer à bénéficier de soins en cas de maladies chroniques ou graves.

11. Dans un souci de maîtrise des dépenses, la Caisse collabore avec d'autres organisations internationales ayant leur siège à Genève en vue de négocier conjointement des accords tarifaires avec des hôpitaux, des cliniques, des laboratoires et des pharmacies de la région genevoise, qui génèrent 65 pour cent des dépenses. Dans les endroits où les assurés de la Caisse sont peu nombreux, un moyen efficace de parvenir à la maîtrise des dépenses est de confier le traitement des demandes de remboursement à des administrateurs tiers [7], comme c'est le cas aux Etats-Unis où la Caisse a déjà conclu un accord avec un administrateur tiers.

12. Dans les rares pays où l'affiliation des anciens fonctionnaires à un régime national de sécurité sociale est obligatoire, les prestations d'assurance-maladie versées au titre de ces régimes sont complétées par les prestations payées par la CAPS, agissant en qualité de deuxième assureur. Dans ce cas, les modifications apportées au régime national de sécurité sociale peuvent avoir une incidence – positive ou négative – sur les prestations versées par la Caisse et donc sur les obligations de l'OIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.

13. Pour bénéficier de l'assurance-maladie après la cessation de service, les fonctionnaires du BIT doivent avoir atteint l'âge de 55 ans au moment de leur départ à la retraite, avoir travaillé au moins dix ans à l'ONU ou dans une institution spécialisée et avoir été assurés auprès de la Caisse, pendant les cinq années précédant immédiatement la fin de leur service. Ils doivent également être au bénéfice d'une pension de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU).

14. Les conjoints et enfants à charge des anciens fonctionnaires ont droit à la couverture de l'assurance-maladie pour autant qu'ils remplissent certaines conditions liées à l'âge et au fait d'être à charge, fixées dans le Statut du personnel du BIT. Les conjoints survivants peuvent continuer d'être couverts par l'assurance-maladie après la cessation de service à condition qu'ils aient été assurés auprès de la CAPS comme personnes à charge à la date du décès de l'ancien fonctionnaire et qu'ils bénéficient d'une pension de survivant de la CCPPNU.

[7] Les administrateurs tiers sont des prestataires de service externes dont les services vont du traitement des demandes de remboursement au titre de l'assurance-maladie à la renégociation avec les prestataires de soins des tarifs qui sont excessifs par rapport à ceux appliqués par les assureurs à l'échelle nationale qui disposent d'un grand nombre d'assurés. Le fait de représenter plusieurs assureurs permet aux administrateurs tiers de tirer parti des effets d'échelle et de négocier des tarifs réduits.

Tableau 1. Nombre d'assurés couverts par la CAPS
(y compris les conjoints survivants d'anciens fonctionnaires)

	2013	2012	2011	2010
Personnel en activité	2 975	3 098	3 112	3 079
Retraités et survivants	2 291	2 274	2 255	2 232
Total	**5 266**	**5 372**	**5 367**	**5 311**
Croissance annuelle du nombre de retraités	17	19	23	–
Croissance annuelle en pourcentage	0,7	0,8	1,0	–
Ratio fonctionnaire en activité/retraité	0,77	0,73	0,72	0,72

III. Financement actuel de l'assurance-maladie après la cessation de service

15. La CAPS est un régime autofinancé et autogéré qui tire ses revenus des cotisations fixées sur la base des salaires ou des pensions des assurés ainsi que des cotisations versées par le BIT en sa qualité d'employeur, ancien ou actuel. Le partage des coûts entre le personnel en activité et les anciens fonctionnaires, d'une part, et le BIT, d'autre part, est régi par une disposition prévue dans les statuts de la CAPS et approuvée par le Conseil d'administration.

16. Les taux de cotisation sont déterminés par le Comité de gestion de la Caisse et approuvés par le Directeur général, sous réserve des incidences budgétaires prises en compte par le Conseil d'administration dans le cadre du processus habituel d'établissement du programme et budget (voir tableau 2). Afin d'assurer la solvabilité de la Caisse, les taux sont ajustés régulièrement sur la base d'études réalisées par un actuaire indépendant. La participation du Bureau aux cotisations de l'assurance-maladie au bénéfice du personnel en activité est incluse dans les coûts salariaux et imputée soit sur le budget ordinaire, soit sur le projet ou l'entité extrabudgétaire concernée. La participation du Bureau aux cotisations versées au bénéfice des anciens fonctionnaires est exclusivement financée par le budget ordinaire.

Tableau 2. Taux de cotisation à la CAPS à partir du 1er janvier 2010

	A la charge du fonctionnaire	A la charge du BIT
Personnel en activité (en pourcentage de la rémunération)		
Fonctionnaire	3,30	3,30
Conjoint à charge	0,99	0,99
Premier enfant à charge	0,33	0,33
Autres enfants à charge	0,33	0,33
Anciens fonctionnaires et survivants remplissant les conditions d'affiliation (en pourcentage de la pension CCPPNU)		
Ancien fonctionnaire ou survivant	3,30	6,60
Conjoint à charge	0,99	1,98
Premier enfant à charge	0,33	0,66
Autres enfants à charge	0,33	0,66

17. Les prestations de soins médicaux accordées aux anciens fonctionnaires, à leurs survivants et aux personnes à leur charge excèdent les cotisations versées par les anciens fonctionnaires et par le Bureau à leur profit. Le déficit qui en résulte est compensé par l'excédent des recettes provenant des cotisations par rapport aux prestations versées aux membres du personnel en activité.

IV. Réserves de fonctionnement de la CAPS

18. En raison des limites du système par décaissement continu, le BIT a accumulé des charges à payer non provisionnées pour un montant estimé à 799,1 millions de dollars E.-U. au 31 décembre 2013. Aucune réserve n'a été spécialement constituée pour financer ces obligations. Les statuts de la CAPS exigent qu'un fonds de garantie soit prévu pour garantir la solvabilité à court terme de la Caisse. Néanmoins, ce fonds n'a pas vocation à couvrir les obligations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.

19. A la fin de 2013, le solde du fonds de garantie s'élevait à 54,5 millions de dollars E.-U. D'après les statuts, le montant ne doit pas être inférieur à un sixième des dépenses de la Caisse au cours des trois exercices financiers précédents ni supérieur à la moitié de ces mêmes dépenses. Si les décaissements nécessaires au paiement des prestations excèdent les cotisations versées à la Caisse par l'OIT et les assurés, le fonds de garantie finance temporairement le déficit jusqu'à ce que le Comité de gestion de la Caisse, le Directeur général et le Conseil d'administration ajustent les taux de cotisation afin d'éviter de creuser les déficits.

20. Le fonds de garantie est représenté dans les états financiers consolidés par des actifs qui, comme tous les actifs, compensent le passif de l'Organisation. Les fonds sont investis conformément à des directives strictes approuvées par le Comité des placements du BIT, par délégation du Comité de gestion de la CAPS, et sont gérés par un gestionnaire de portefeuilles indépendant.

V. Evaluation actuarielle des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service

21. Les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service correspondent à une estimation ponctuelle des coûts futurs basée sur le profil du personnel et des retraités à la date de l'évaluation. C'est un instantané du droit du personnel en activité et des anciens fonctionnaires à bénéficier de l'assurance-maladie après la cessation de service qui détermine la contribution du BIT au financement de cette couverture pendant toute la durée de son obligation financière. L'évaluation des charges à ce titre ne tient pas compte d'éventuelles évolutions – à la hausse comme à la baisse – de l'obligation de l'OIT, planifiées ou non et imputables à des variations de la dotation en effectifs, aux changements de politique du BIT en matière de contrats ou aux conditions d'assurance.

22. Depuis l'exercice 2008-09, le montant total des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, calculé conformément aux normes IPSAS, est comptabilisé dans le budget de l'OIT. Sur la base de l'évaluation actuarielle de 2013, la valeur actuelle de ces charges a été estimée par l'actuaire de l'OIT à 799,1 millions de dollars E.-U. Le tableau 3 indique le montant des obligations à la fin des quatre dernières années.

Tableau 3. Calcul des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service au 31 décembre (en millions de dollars des Etats-Unis)

Entité	2013	2012	2011	2010
Budget ordinaire [1]	748,0	805,5	686,8	523,4
Centre de Turin – Centre international de formation de l'OIT	51,1	52,0	51,2	40,2
Total	**799,1**	**857,5**	**738,0**	**563,6**

[1] Y compris les activités financées par des ressources extrabudgétaires.

23. L'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service est très sensible aux facteurs de coût ainsi qu'aux facteurs démographiques et financiers. Aussi peut-on relever des écarts importants d'une année à l'autre. Les principaux facteurs à l'origine de la fluctuation de la valeur annuelle de l'obligation, dénommés ci-après hypothèses financières actuarielles, sont le taux d'actualisation, le taux d'évolution des frais médicaux, l'espérance de vie et l'ancienneté du personnel en activité.

Hypothèses financières actuarielles

24. La principale hypothèse financière sur laquelle se fonde l'actuaire pour calculer les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service est le taux d'actualisation. L'hypothèse relative au taux d'actualisation découle des rendements courants des obligations de premier rang émises par des sociétés et reflète la valeur temps de l'argent. Le taux d'actualisation est un facteur déterminant dans la mesure où les prestations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service seront versées sur de nombreuses années. L'effet du taux d'actualisation sur le niveau des obligations est d'autant plus favorable que ce dernier est élevé. Inversement, une baisse même légère du taux d'actualisation peut avoir une incidence négative sur le niveau des obligations.

25. La baisse des taux d'intérêt observée à l'échelle mondiale entre 2009 et 2012 a eu un effet significatif sur le taux d'actualisation (voir tableau 4) et, partant, sur l'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. Si le taux d'actualisation continue à augmenter après sa progression en 2013, l'incidence sur le montant estimé des charges à payer par le BIT à ce titre pourrait continuer d'être favorable.

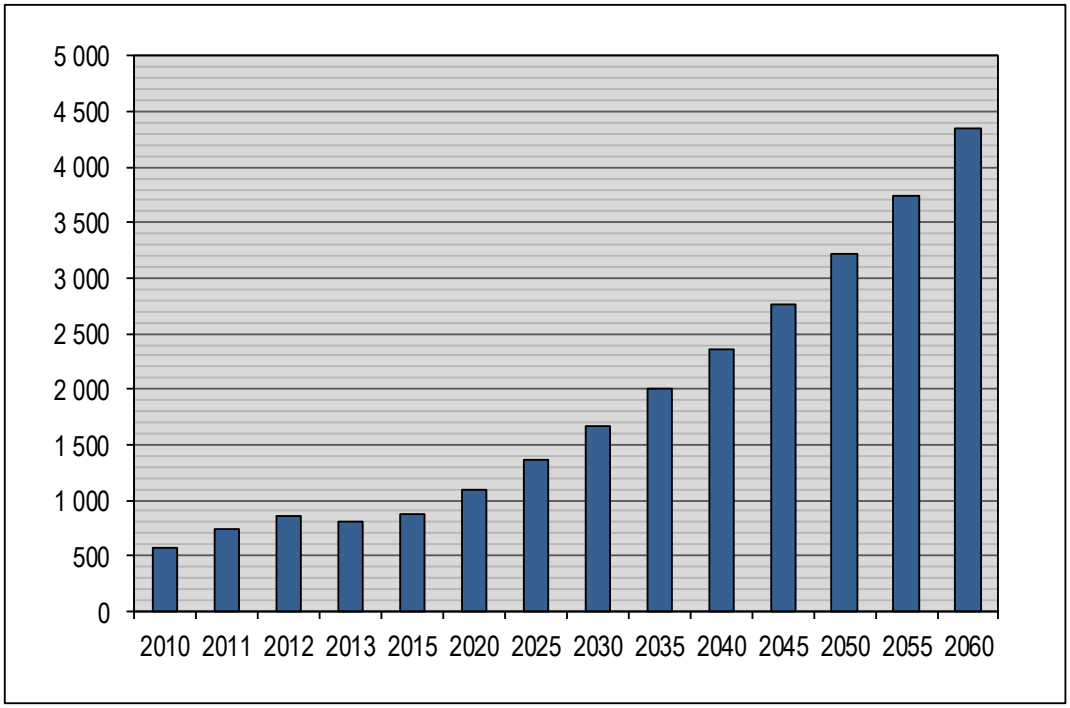
Tableau 4. Taux d'actualisation retenu dans les études actuarielles du BIT (en pourcentage)

Hypothèse financière	2013	2012	2011	2010	2009	2007
Taux d'actualisation (BIT)	3,05	2,50	2,67	3,50	4,25	4,00
Taux d'actualisation (Centre de Turin)	3,84	3,56	2,67	3,50	4,25	4,00

26. Le taux d'évolution des frais médicaux influe sur les résultats de l'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. Cela reflète l'évolution des dépenses liées aux prestations de la Caisse, soit la croissance réelle des obligations après déduction de l'effet induit par la croissance de la population des assurés et les fluctuations monétaires. Sur le long terme, le taux d'évolution des frais médicaux est en principe de 3 pour cent et reste relativement stable. Sur la base d'informations fournies par l'actuaire, une fluctuation de 1 pour cent du taux d'évolution des frais médicaux ferait varier à la hausse ou à la baisse les obligations d'approximativement 130 millions de dollars E.-U.

27. Le Bureau a fait réaliser une étude actuarielle pour déterminer la croissance des obligations en tenant compte du relèvement récent à 65 ans de l'âge du départ à la retraite pour le personnel engagé à compter du 1er janvier 2014. L'étude prévoit que le montant des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service avoisinera les 4,4 milliards de dollars E.-U. à la fin de 2060, comme le montre la figure 1.

Figure 1. Projection des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service
(en millions de dollars des Etats-Unis)



VI. Financement du coût estimatif des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service pour le personnel en activité et les retraités

28. Le coût des futures prestations de retraite est inscrit au budget sous la rubrique «dépenses de personnel». Les cotisations de retraite sont placées par la CCPPNU jusqu'à ce que la pension soit servie aux retraités. Il n'existe à présent aucun mécanisme comparable permettant au BIT de constituer une provision pour financer l'assurance-maladie après la cessation de service. En revanche, la part que le Bureau verse pour financer les soins de santé des anciens fonctionnaires et des personnes à leur charge est transférée à la CAPS selon une répartition de deux tiers pour le BIT et un tiers pour les anciens fonctionnaires. L'imputation au budget et le transfert sont effectués sur la base du décaissement continu.

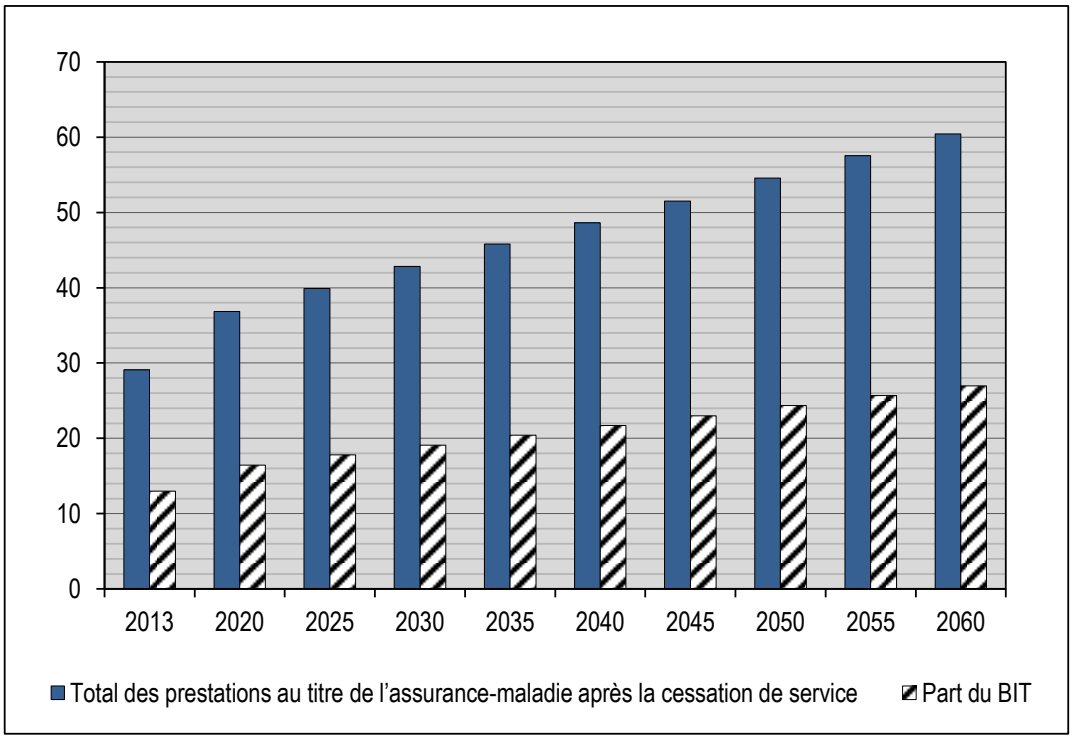
A. Financement par décaissement continu

29. Si le financement par décaissement continu permet de mobiliser les ressources requises pour que le BIT soit en mesure d'acquitter d'année en année sa part des cotisations à l'assurance-maladie après la cessation de service, il ne lui permet pas de constituer une réserve à même de financer à long terme les charges cumulées à ce titre ou leur accroissement à venir. Ce mode de financement ne permet pas non plus d'attribuer le coût des futures prestations à la période pendant laquelle ce droit a été acquis.

30. L'étude actuarielle réalisée en 2013 comprend un calcul des conséquences à long terme de la poursuite d'un financement par décaissement continu des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, en excluant l'incidence de l'inflation. L'étude prévoit que les prestations versées aux anciens fonctionnaires augmenteront chaque année, passant de 29,1 millions de dollars E.-U. en 2013 à 60,5 millions de dollars E.-U. en 2060. Pour autant que le système actuel de partage des coûts soit maintenu, le montant à la charge du budget ordinaire sera porté de 13 millions de dollars E.-U. en 2013 à 27 millions de dollars E.-U. en 2060 (voir figure 2).

31. L'étude suppose que l'effectif du personnel en activité reste constant et que l'excédent des cotisations payées par le personnel et par le Bureau à son profit par rapport aux prestations qui lui sont versées continuera à compenser les pertes résultant de la différence entre les cotisations payées par les anciens fonctionnaires à leur profit et les prestations qui leur sont versées. L'étude conclut que les coûts au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service progresseront pour passer de 3,2 pour cent du budget ordinaire actuellement à quelque 6,7 pour cent en 2060 [8].

Figure 2. Accroissement prévu des prestations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service et part du BIT (non compris l'incidence de l'inflation)



B. Stratégie de financement à long terme des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service imputées sur le budget ordinaire de l'OIT

32. L'élaboration d'une politique de financement des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service est une tâche complexe qui demande de prendre en compte les charges existantes, le niveau escompté d'accroissement de ces

[8] En admettant qu'il n'y ait aucune augmentation réelle du budget ordinaire de l'OIT au cours de la même période.

charges, s'agissant du personnel en activité et des anciens fonctionnaires, ainsi que les facteurs identifiés au paragraphe 23 ayant trait au personnel financé directement ou indirectement par les ressources de la coopération technique au titre du budget ordinaire, les projets du compte supplémentaire du budget ordinaire, le budget du Centre de Turin et par d'autres sources.

33. Comme indiqué ci-dessus, certains facteurs ont une incidence plus marquée que d'autres sur l'évaluation. Ainsi, le taux d'actualisation retenu pour l'évaluation change chaque année et a donc un très fort impact, même quand l'écart semble faible. En 2005, le taux d'actualisation s'élevait à 4,5 pour cent, alors qu'en 2007, juste avant la crise financière, il était de 4 pour cent. En 2012, il se situait en revanche à 2,5 pour cent. Si le taux d'actualisation devait revenir aux niveaux enregistrés avant la crise, le montant estimé des charges pourrait baisser de plus de 100 millions de dollars E.-U.

C. Système par capitalisation

34. Afin d'évaluer les options visant à financer les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service comptabilisées dans le budget ordinaire de l'OIT, l'actuaire a été prié de calculer le montant qu'il serait nécessaire de prélever sur les traitements pour financer les charges actuelles et leur accroissement projeté. L'étude a été réalisée sur la base des hypothèses suivantes: effectif constant de fonctionnaires en activité, croissance continue du nombre de retraités admissibles d'après une analyse démographique, augmentation des salaires du personnel en activité sur la base de l'ancienneté et taux d'évolution des frais médicaux conformément à la tendance susmentionnée.

35. L'étude a envisagé différents niveaux de financement des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service – 60, 80 et 100 pour cent – sur une période de dix, 25, 40 ou 45 ans.

36. Dans l'hypothèse retenue, les fonds générés par les prélèvements salariaux sont investis par un gestionnaire de portefeuilles indépendant. L'étude a pris en compte différentes hypothèses quant aux taux d'intérêt: 3,5, 4,0 et 4,5 pour cent. Cet éventail de rendements reflète la composition des monnaies lors des décaissements effectués pour le versement des prestations aux anciens fonctionnaires par la Caisse et n'entraînerait pas une prise de risque excessive. Enfin, l'étude part de l'hypothèse que le budget ordinaire continuera à couvrir la part des cotisations versées par l'employeur à la Caisse au bénéfice des anciens fonctionnaires sur la base du décaissement continu.

37. Selon l'étude, le financement à hauteur de 60, 80 ou 100 pour cent du montant projeté des charges à payer sur une période de 45 ans nécessiterait d'instaurer un prélèvement salarial au titre du budget ordinaire de respectivement 6,99, 9,32 ou 11,64 pour cent (voir tableau 5) [9].

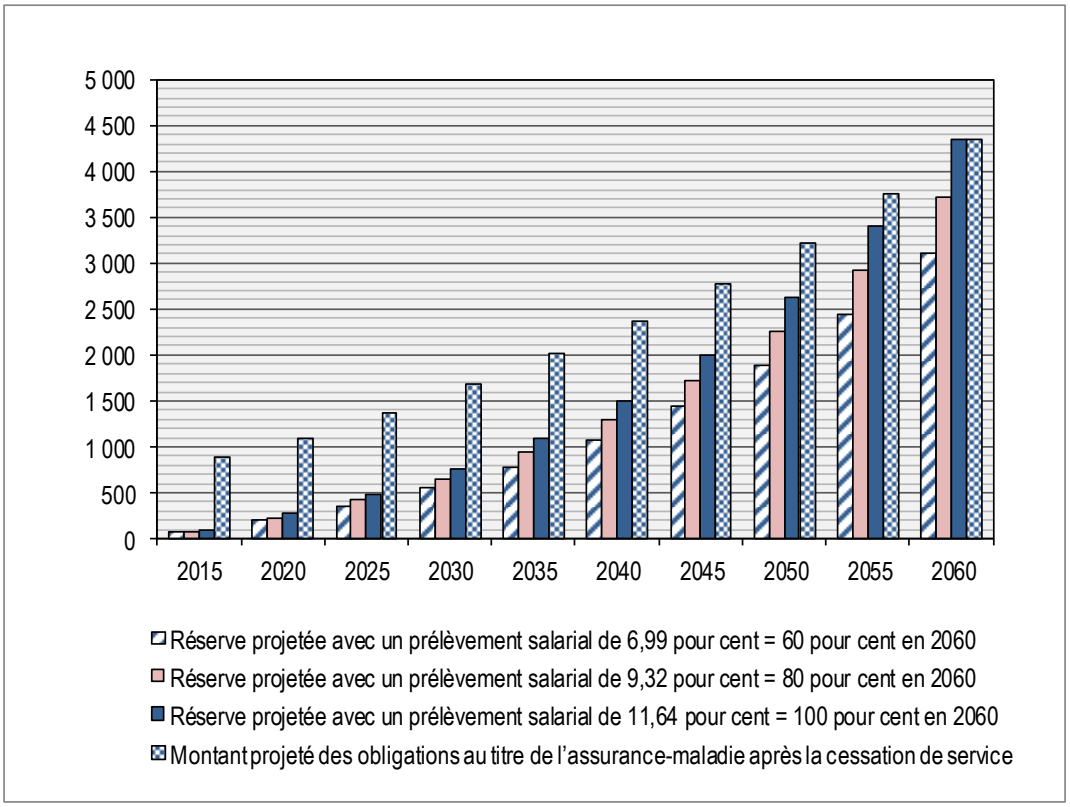
[9] En supposant un rendement de 3,5 pour cent.

Tableau 5. Scénarios des prélèvements salariaux

	Niveau de financement (en pourcentage du montant total des obligations)		
	60%	**80%**	**100%**
Taux nécessaire au financement de l'accroissement des obligations en supposant un rendement des fonds investis de 3,5 pour cent sur 45 ans	6,99%	9,32%	11,64%
Réserve accumulée d'ici à 2060 en millions de dollars E.-U.	3 102,7	3 723,1	4 343,4
Coût en millions de dollars E.-U. par période biennale, sur la base des coûts de 2012-13 au taux de change opérationnel de l'ONU, non ajustés pour tenir compte des futures augmentations de salaire	30,1	40,5	50,6

38. La figure 3 illustre différents scénarios de prélèvements salariaux permettant de constituer une réserve. Une fois que la réserve atteint un niveau substantiel, on pourrait se demander comment utiliser les nouveaux gains retirés des opérations de placement: soit pour financer encore davantage les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, soit pour réduire la charge que constitue pour le budget ordinaire la part des cotisations versées par le BIT à la Caisse au profit des anciens fonctionnaires sur la base du décaissement continu. Etant donné les nombreuses variables financières et démographiques susceptibles d'évoluer en 45 ans, le financement à hauteur de 100 pour cent du montant estimé des obligations contractées n'est pas forcément un objectif qui se justifie pleinement. Quel que soit le niveau de financement fixé, le taux des prélèvements pourrait être ajusté régulièrement par le Conseil d'administration afin de tenir compte de l'évolution de la situation financière ou démographique.

Figure 3. Comparaison des réserves constituées au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service au moyen de prélèvements salariaux à taux différents



39. Une autre option consisterait à instaurer un prélèvement salarial annuel afin de financer uniquement l'accroissement des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service sur une période de 45 ans (voir tableau 6).

Tableau 6. Scénarios des prélèvements salariaux (accroissement des charges seulement)

	Niveau de financement (en pourcentage du montant total des charges à payer)		
	60%	**80%**	**100%**
Taux nécessaire au financement de l'accroissement des charges en supposant un rendement des fonds investis de 3,5 pour cent sur 45 ans	5,82%	7,76%	9,69%
Réserve accumulée d'ici à 2060 en millions de dollars E.-U.	2 373,8	2 994,2	3 614,5
Coût en millions de dollars E.-U. par période biennale, sur la base des coûts de 2012-13 au taux de change opérationnel de l'ONU, non ajustés pour tenir compte des futures augmentations de salaire	25,1	33,7	42,1

40. Comme indiqué ci-dessus dans les paragraphes 29 à 31, le BIT serait en mesure de continuer à payer les frais médicaux des retraités sur la base du système actuel de financement par décaissement continu, mais les charges annuelles augmenteront et absorberont une part proportionnellement plus importante du montant total des ressources de l'OIT.

D. Réserves au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service pour d'autres entités et activités financées par des ressources extrabudgétaires

41. Centre de Turin: Le Bureau a demandé à l'actuaire de calculer le montant dont le Centre de Turin aurait besoin pour financer la croissance estimée de ses charges au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service pour le personnel en poste. Le Centre de Turin étant défini comme une entité contrôlée de l'OIT à des fins d'information financière, ses obligations, d'un montant de 51,1 millions de dollars E.-U. au 31 décembre 2013, représentent une partie du passif total de l'OIT. Actuellement, la part des cotisations versées par l'employeur à la Caisse au bénéfice des anciens fonctionnaires du Centre de Turin est imputée sur le budget ordinaire de l'OIT. Dans ses calculs, l'actuaire a supposé que le budget ordinaire de l'OIT continuerait à financer les cotisations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service sur la base d'un système par décaissement continu, soit un montant total de 1 531 000 dollars E.-U. pour le Centre de Turin durant la période biennale 2012-13.

42. L'inscription au budget du Centre d'un nouveau prélèvement visant à financer l'accroissement des charges du Centre de Turin au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service pourrait être envisagée. Le tableau ci-après indique les taux retenus pour financer l'accroissement des charges selon différents pourcentages sur une période de 45 ans.

Tableau 7. Scénarios des prélèvements salariaux pour le Centre de Turin
(accroissement des charges seulement)

	Niveau de financement (en pourcentage du montant total des charges à payer)		
	60%	**80%**	**100%**
Taux nécessaire au financement de l'accroissement des charges en supposant un rendement des fonds investis de 3,5 pour cent sur 45 ans	4,54%	6,05%	7,56%
Réserve accumulée d'ici à 2060 en millions de dollars E.-U.	107,0	159,7	212,4
Coût en millions de dollars E.-U. par période biennale, sur la base des coûts de 2012-13 au taux de change opérationnel de l'ONU, non ajustés pour tenir compte des futures augmentations de salaire	0,9	1,2	1,5

43. Association internationale de la sécurité sociale (AISS): Pour des raisons administratives et historiques, le Bureau continue de financer la part des cotisations de l'AISS à l'assurance-maladie au bénéfice de ses anciens fonctionnaires. En 2013, le montant de ces cotisations s'élevait à quelque 220 000 dollars E.-U. Conformément à l'accord conclu entre l'AISS et l'OIT, aux termes duquel l'AISS prend en charge l'ensemble des dépenses engagées par le BIT au titre des contrats d'emploi du BIT utilisés pour le personnel de l'AISS, des consultations ont débuté afin de mettre en place un dispositif de financement de l'assurance-maladie pour les anciens fonctionnaires de l'AISS, actuellement couverte par le budget ordinaire sur la base du décaissement continu. Il est convenu qu'à terme ces dépenses devraient être intégralement couvertes par l'AISS. Néanmoins, comme l'AISS a récemment dû s'acquitter de frais de location en raison des travaux de rénovation du siège du BIT, la mise en œuvre à une date postérieure du transfert intégral des coûts de l'assurance-maladie après la cessation de service est en cours de négociation. Les charges à payer à ce titre pour les anciens fonctionnaires de l'AISS, soit un total de 12,9 millions de dollars E.-U. au 31 décembre 2013, n'incombent pas au BIT et ne sont pas comptabilisées dans les états financiers de l'OIT.

44. Fonds de coopération technique et compte supplémentaire du budget ordinaire: Bien qu'aucune charge ne soit inscrite au titre du budget ordinaire pour financer les obligations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, en 2013 le Bureau a commencé à comptabiliser en charges les montants concernant le personnel dont les contrats sont financés par des ressources extrabudgétaires (projets de coopération technique financés par des donateurs et compte supplémentaire du budget ordinaire). En toute logique, le coût de l'assurance-maladie après la cessation de service afférant aux périodes d'emploi financées par des ressources extrabudgétaires devrait être comptabilisé en charges au regard de ces contributions et non dans le budget ordinaire. En 2013, en se fondant sur les calculs fournis par l'actuaire, le Bureau a appliqué un prélèvement salarial de 2,7 pour cent [10] afin de financer les futures obligations de l'OIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service vis-à-vis du personnel rattaché à des projets de coopération technique financés par des fonds extrabudgétaires. Au 31 décembre

[10] Les modalités d'emploi du personnel dont les contrats sont financés par des contributions extrabudgétaires diffèrent de celles du personnel émargeant au budget ordinaire. La plupart des collaborateurs financés par des ressources extrabudgétaires sont ensuite recrutés à des postes financés par le budget ordinaire, et ils sont nombreux à partir en n'ayant pas cumulé suffisamment d'années de service pour avoir droit à l'assurance-maladie après la cessation de service. Par conséquent, le taux nécessaire au financement des obligations vis-à-vis du personnel dont les contrats sont financés par des ressources budgétaires est inférieur au taux qui serait nécessaire pour financer les obligations à l'égard du personnel émargeant au budget ordinaire. Le Bureau continuera à suivre de près l'accroissement des obligations vis-à-vis du personnel financé par des ressources extrabudgétaires et ajustera si besoin le taux de cotisation.

2013, la réserve accumulée s'agissant des projets extrabudgétaires s'élevait à 1,2 million de dollars E.-U.

45. A terme, cette réserve permettra soit de compenser l'accroissement futur des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, soit de payer les cotisations que l'employeur verse à ce titre pour les retraités dont les contrats étaient financés par des projets de coopération technique. En attendant, le budget ordinaire continue à absorber la part du coût de l'assurance-maladie après la cessation de service assumée par le BIT au bénéfice des anciens fonctionnaires issus de projets financés par des fonds extrabudgétaires. Le prélèvement salarial ne prend pas en compte le montant estimatif des charges accumulées au 1er janvier 2013, dans la mesure où il n'a pas été jugé raisonnable d'effectuer un prélèvement auprès des donateurs actuels pour compenser les charges de l'assurance-maladie du personnel rattaché à des projets financés par des ressources extrabudgétaires qui ont pris fin au cours des années précédentes.

46. Les fonds issus des prélèvements salariaux concernant le personnel du Centre de Turin et d'autres entités, une fois qu'ils seront mis en place, ainsi que les fonds issus des prélèvements sur le financement des projets de coopération technique et le compte supplémentaire de budget ordinaire, seront détenus dans des réserves séparées. Dès que les fonds collectés dans ces réserves auront atteint un niveau suffisant, ils seront investis séparément dans des placements prudents. Les gains retirés des opérations de placement viendront s'ajouter aux réserves en vue de compenser l'accroissement des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.

VII. Conséquences financières et juridiques d'une modification du champ d'application des dispositifs d'assurance-maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offrent, ainsi que des taux de cotisation

47. Les informations ci-dessus se fondent sur l'hypothèse que le niveau actuel de prestations à verser au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service aux anciens fonctionnaires et au personnel en activité après leur retraite demeure inchangé. Toute modification relative aux termes et conditions de l'assurance-maladie après la cessation de service ou à l'âge normal de départ à la retraite pourrait influer sur les obligations de l'OIT à cet égard ainsi que sur les coûts récurrents. Les conséquences financières d'éventuelles modifications ne pourraient être évaluées de manière précise que sur la base de propositions détaillées.

48. Le Bureau a également examiné les conséquences juridiques à attendre d'une modification: *a)* du champ d'application des dispositifs d'assurance-maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offrent; et *b)* des taux de cotisation de l'OIT vis-à-vis des anciens fonctionnaires et du personnel en activité. D'un point de vue juridique, toute modification sensible, au détriment des assurés, du champ d'application, de la couverture ou des taux de cotisation risque de porter atteinte aux droits acquis des fonctionnaires, comme l'admet la jurisprudence du Tribunal administratif de l'OIT et le stipule l'article 14.7 du Statut du personnel du BIT.

49. Comme on ne peut savoir si une modification porterait atteinte aux droits acquis des fonctionnaires que sur la base de propositions spécifiques, on peut en conclure que des modifications qui influeraient sur les droits acquis des fonctionnaires en poste seraient recevables sans effet rétroactif, c'est-à-dire uniquement pour les nouveaux membres du personnel. Il conviendrait de réaliser une analyse spécifique afin de déterminer les conséquences juridiques exactes, pour le personnel nouvellement recruté, de toute modification du champ d'application des dispositifs d'assurance-maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offrent ou des taux de cotisation.

VIII. Les organisations du système des Nations Unies confrontées aux mêmes difficultés

50. Depuis la fin de 2011, avec l'adoption des normes IPSAS, toutes les organisations du système des Nations Unies reconnaissent dans leurs états financiers les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, telles que calculées par des actuaires indépendants. Ce changement a permis à ces organisations de mieux prendre la mesure de leurs obligations à ce titre.

51. Le secrétariat du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) a recueilli des informations sur le montant total des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service par chaque organisation du système des Nations Unies à la fin de 2011 et les a publiées dans un document présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2013 [11]. On trouvera un récapitulatif de ces informations dans l'annexe du présent document dont il ressort que, si la majorité des organisations n'ont pas encore commencé à financer leurs charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, un certain nombre d'entre elles – notamment des institutions spécialisées – ont pris des mesures en ce sens. Les organisations font appel à diverses méthodes pour accumuler des réserves, notamment une ou plusieurs parmi celles présentées ci-après:

a) crédits annuels ou biennaux inscrits à leur budget ordinaire ou de base;

b) utilisation d'excédents des exercices antérieurs;

c) prélèvements salariaux sur l'ensemble des fonds ou seulement sur les activités financées par des ressources extrabudgétaires;

d) produits des placements réalisés sur les soldes des réserves constituées au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service ou de leur caisse d'assurance-maladie.

IX. Conclusion

52. Le montant des obligations non provisionnées au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service s'élevait à 799,1 millions de dollars E.-U. au 31 décembre 2013, mais il n'existe pas d'actifs spécifiquement destinés à régler ces obligations. D'après les études actuarielles mentionnées dans le présent document, ces obligations continueront d'augmenter de manière significative et le recours à un système de financement par décaissement continu aura pour conséquence de consacrer une part toujours plus

[11] Nations Unies: *Gestion des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. Rapport du Secrétaire général*, Assemblée générale, 68e session, 2013, A/68/353.

importante du budget ordinaire au financement de l'assurance-maladie après la cessation de service.

53. Comme le personnel en activité au Bureau accumule des droits aux prestations d'assurance-maladie après la cessation de service, il serait judicieux de s'assurer que les dépenses découlant de ces droits soient provisionnées pendant la période d'activité. Une telle approche permettra à terme de réduire la charge pesant sur le budget ordinaire.

54. Une fois pleinement constituée, une réserve équivalant au montant des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service garantirait que l'OIT puisse remplir son obligation de partage des coûts en la matière, au cas où elle ne serait plus en mesure de le faire sur la base du système par décaissement continu. En outre, le produit des placements réalisés sur la réserve permettrait à l'OIT de disposer d'un moyen de réduire de manière permanente la charge qui pèse sur le budget ordinaire.

55. Le Conseil d'administration devrait donner des orientations sur:

a) l'application étendue du mécanisme permettant d'instaurer un prélèvement salarial sur les dépenses de personnel pour les projets et programmes non financés par le budget ordinaire afin de couvrir les futurs coûts de l'assurance-maladie après la cessation de service;

b) l'inscription au budget ordinaire de l'Organisation d'un prélèvement salarial en vue de constituer une réserve visant à financer partiellement les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, ce qui donnerait lieu à une augmentation du budget biennal d'un même montant à cette fin;

c) l'affectation, à titre de provision, des crédits inscrits au budget qui ne seront pas dépensés en vue de leur transfert à une réserve de l'assurance-maladie après la cessation de service.

Annexe

Charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service dans le système des Nations Unies au 31 décembre 2011

(en millions de dollars des Etats-Unis)

Organisation ou entité	Total des charges à payer	Plus les charges non comptabilisées en appliquant la méthode du corridor	Total des charges à payer	Moins le financement disponible	Charges non provisionnées	Pourcentage des charges capitalisées
ONU	3 654	–	3 654	–	3 654	0,0
TPIR	43	–	43	–	43	0,0
TPIY	27	–	27	–	27	0,0
FAO [1]	979	246	1 225	229	996	23,4
AIEA [2]	143	–	143	–	143	0,0
OACI [2]	62	–	62	0	62	0,0
FIDA	52	–	52	66	-14	126,9
OIT	738	–	738	48	690	6,5
OMI	24	–	24	–	24	0,0
CCI	58	–	58	–	58	0,0
UIT	302	–	302	7	295	2,3
OPS [1]	181	74	255	27	228	14,9
ONUSIDA	63	–	63	29	34	46,0
Commission d'indemnisation	5	–	5	–	5	0,0
Convention/désertification	9	–	9	–	9	0,0
FENU	10	–	10	–	10	0,0
PNUD	830	–	830	453	377	54,6
PNUE	77	–	77	–	77	0,0
UNESCO	750	–	750	–	750	0,0
CCNUCC	29	–	29	–	29	0,0
FNUAP	163	–	163	115	48	70,6
ONU-Habitat	17	–	17	–	17	0,0
HCR	351	–	351	–	351	0,0
UNICEF	783	–	783	270	513	34,5
ONUDI	144	–	144	–	144	0,0
Caisse des pensions	45	–	45	–	45	0,0
ONUDC	30	–	30	–	30	0,0
UNOPS	40	–	40	18	22	45,0
UNU	10	–	10	–	10	0,0
ONU-Femmes	22	–	22	–	22	0,0
OMT	4	–	4	1	3	25,0
UPU [1]	40	15	55	–	55	0,0

Organisation ou entité	Total des charges à payer	Plus les charges non comptabilisées en appliquant la méthode du corridor	Total des charges à payer	Moins le financement disponible	Charges non provisionnées	Pourcentage des charges capitalisées
PAM [1]	231	33	264	145	119	62,8
OMS	1 236	–	1 236	444	792	35,9
OMPI [1, 2]	120	10	130	–	130	0,0
OMM	40	–	40	–	40	0,0
Total	**11 312**	**378**	**11 690**	**1 852**	**9 838**	**16,4**

[1] En appliquant la méthode du corridor. [2] Convertis en dollars des Etats-Unis au taux de change opérationnel de l'ONU au 31 décembre 2011.