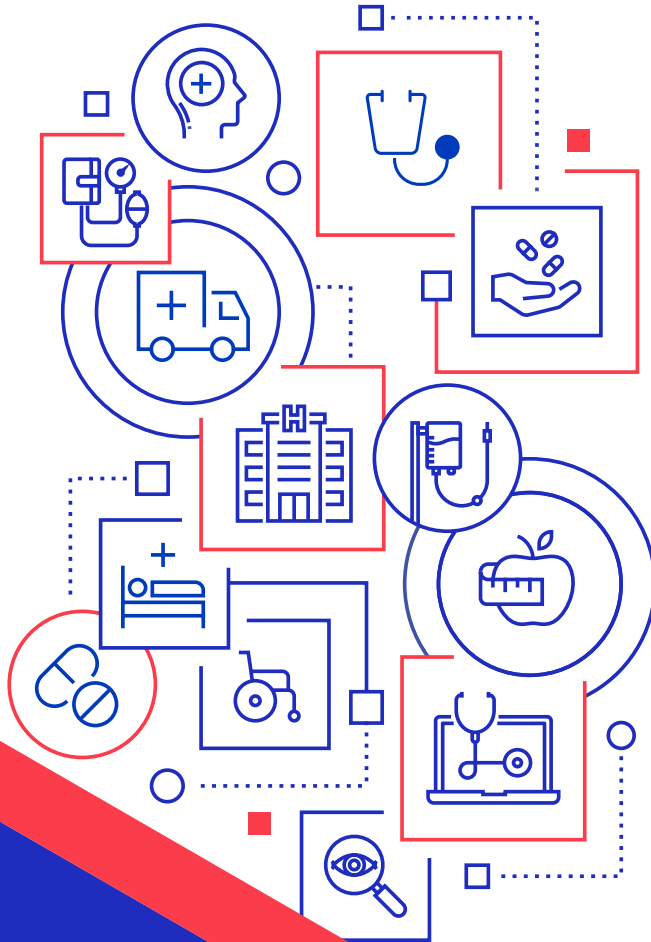




Organisation
internationale
du Travail



► Cent ans
de mutuelle santé





**Cent
ans de
mutuelle
santé**

Avant-propos

Chers assurés,

L'année 2022 marque le centenaire de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du Bureau international du Travail (BIT), qui a été créée en décembre 1922, soit trois ans après la création de l'OIT, avec son mandat de protection sociale, mais avant l'adoption de la première norme internationale du travail sur « l'assurance-maladie ». À cette occasion, le Comité de gestion de la CAPS a le plaisir de vous présenter cette publication sur l'origine, l'histoire et les grandes caractéristiques de la CAPS.

Au cours de son siècle d'existence, la CAPS a évolué, passant d'un régime d'assurance-maladie initialement réservé aux fonctionnaires en service au siège à la couverture de tous les fonctionnaires, à Genève comme sur le terrain, mais aussi des anciens fonctionnaires quel que soit leur lieu de résidence, ainsi que de leur famille. L'accès du personnel sur le terrain à des soins de santé de qualité a été un domaine d'action particulièrement prioritaire pour la CAPS, qui est restée fidèle à ses principes fondateurs : la solidarité entre les assurés se trouvant dans des situations différentes, sans considération de leurs revenus, de leur état de santé ou de leur âge ; une gouvernance conjointe associant les représentants du Directeur général et les représentants des assurés.

Après 100 ans d'existence, la CAPS reste une institution d'assurance-maladie – à but non lucratif et financièrement saine – inscrite au sein du système des Nations Unies. Elle offre une couverture maladie à 13 000 assurés dans le monde et ses services sont accessibles en ligne partout et à tout moment.

Nous espérons que cette publication comblera les assurés actuels et futurs par sa présentation du rôle très important de la CAPS pour la protection des membres du personnel de l'OIT et de leurs familles, ainsi que des anciens fonctionnaires. Ce rôle est d'autant plus important compte tenu des défis socio-économiques actuels. De ce fait, l'engagement de tous les assurés au cours des années à venir sera essentiel pour l'avenir de la CAPS et pour assurer sa pérennité.

Tilmann Geckeler

Président

Au nom du comité
de gestion de la CAPS

Remerciements

Nous tenons à remercier Dorothea Hoehtker, qui a effectué les recherches historiques et qui est l'auteur principal de cette publication. Pierre Sayour a contribué aux réflexions sur la solidarité et l'assurance-maladie et Luca Bormioli a fourni une vue d'ensemble de la CAPS ainsi que les remarques introductives et finales. Merci également à Remo Becci et Jacques Rodriguez des archives du BIT, ainsi qu'à Heather Harris, Bojan Kochankovski, Corinne Michoud et Lan Xu pour leur aimable soutien. Patrick Bollé, Karen Emmons, Elisabeth Fombuena, et Patricia Pihen ont veillé à ce que cette publication se lise au mieux dans les trois langues.

Florian Léger

Secrétaire exécutif
de la CAPS

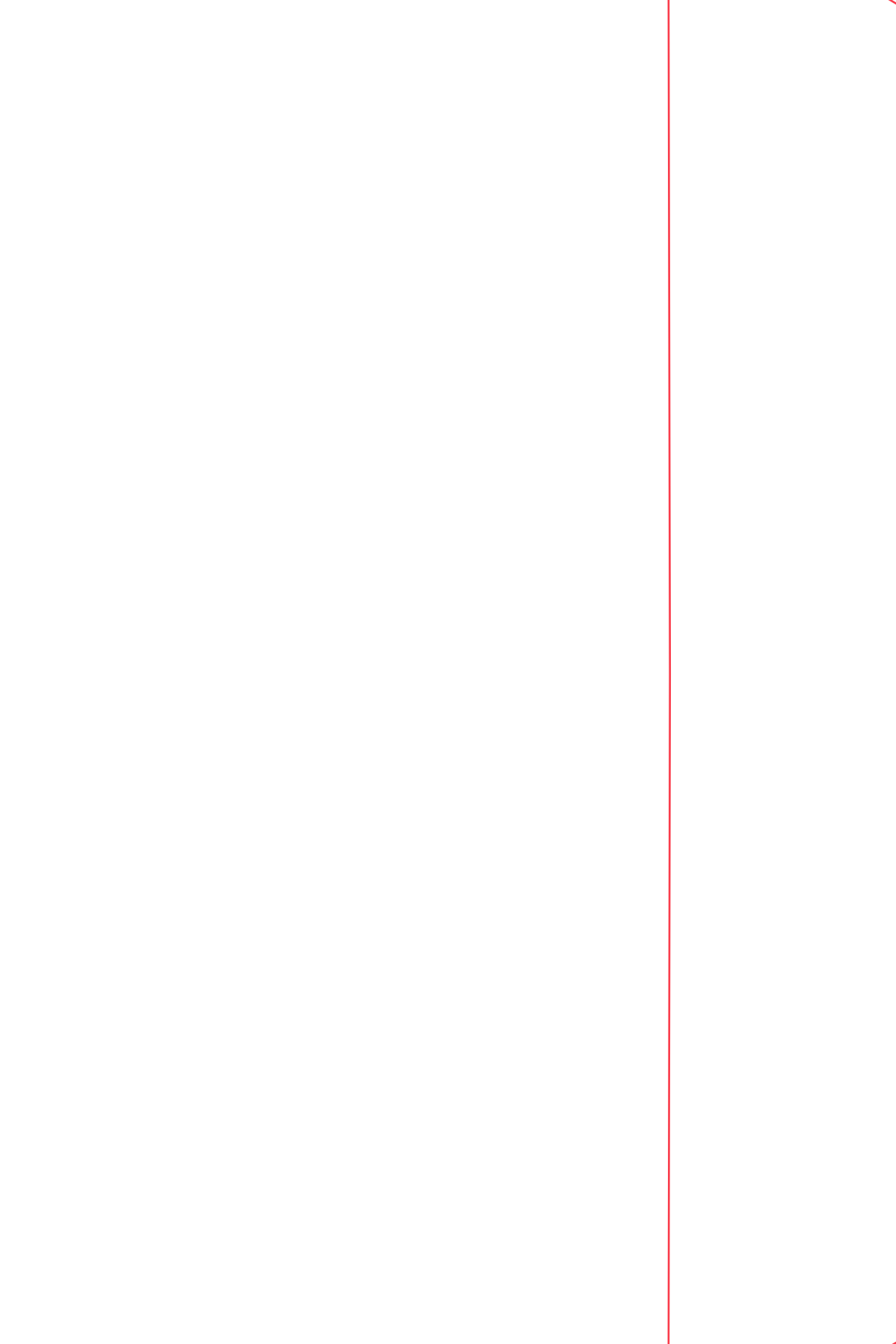
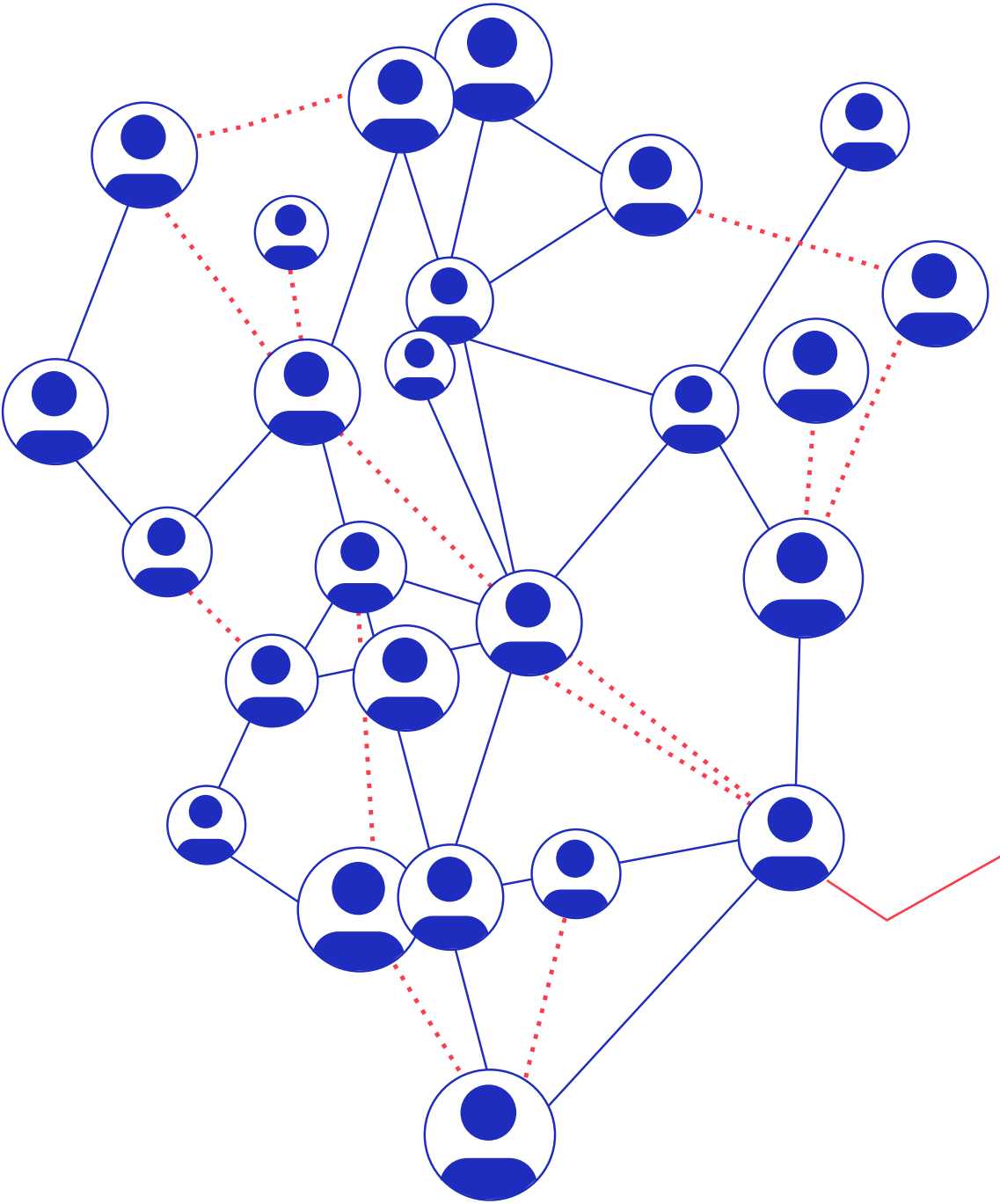


Table des matières

Avant-propos.....	V
Remerciements	VII
1 Introduction	11
2 La CAPS en bref.....	15
3 Retour sur un siècle d'existence	21
3.1 Solidarité et protection de la santé – Réflexions sur la CAPS	23
3.2 Protéger le personnel de Genève – Les premières années de la caisse d'assurance maladie du BIT: 1922-1928.....	26
3.3 S'adapter à la crise et à la guerre : 1929-1949	39
3.4 Vers une assurance-maladie universelle à l'OIT : 1950-1976	50
3.5 Temps difficiles et ajustements nécessaires : 1977-2000	68
3.6 Garder le cap – La CAPS au XXI ^e siècle.....	75
4 Merci la CAPS ! Trois témoignages	89
5 Dernières réflexions pour le siècle à venir	93



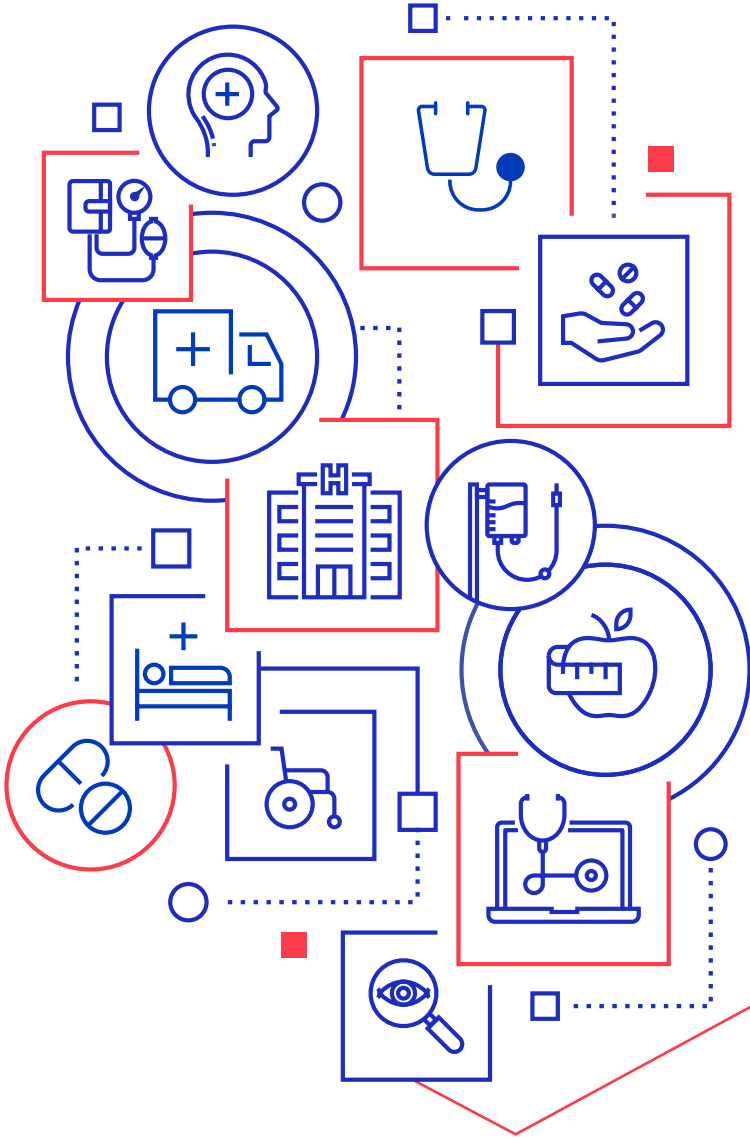
1

Introduction

Cette publication présente les grandes caractéristiques de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du Bureau international du Travail (BIT), dans une perspective historique remontant à sa création. Elle explique les caractéristiques uniques et les avantages particuliers de la protection en matière d'assurance-maladie dont bénéficie le personnel du BIT dans le monde entier grâce à un régime mutuel efficace en place depuis un siècle.

On y découvre une histoire encore inédite de la CAPS et la manière dont elle s'est adaptée aux évolutions de l'OIT et aux besoins changeants de son personnel, tout en restant fidèle à ses principes de solidarité, eux-mêmes inspirés par les valeurs de l'OIT. On voit aussi comment la CAPS a ajusté ses règles de couverture pour faire face aux changements de la société civile moderne et pour répondre aux besoins d'assurance-maladie des nouvelles structures familiales. Enfin, afin de faire apparaître les tendances à long terme, la publication s'achève par quelques données et graphiques concernant les membres, les recettes et les dépenses.

Pour célébrer un siècle d'activité, la publication comprend les témoignages de trois assurés qui font part de leur expérience récente avec la CAPS. Et dans le souci de se tourner vers l'avenir, elle se conclut par quelques réflexions sur les nouveaux défis et les possibilités d'amélioration.



2

La CAPS en bref

Comment fonctionne-t-elle ?

La CAPS fournit une assurance-maladie aux membres du personnel de l'OIT, actifs et retraités, remplissant les conditions d'éligibilité, ainsi qu'à leur famille. Elle est administrée en interne et financée par des cotisations déduites du salaire ou de la pension, auxquelles s'ajoute une contribution de l'OIT, à parts égales pour le personnel actif et à parts plus élevées pour les retraités.

Aujourd'hui, la CAPS assure, partout dans le monde, une couverture des frais médicaux engagés pour la protection de la santé en cas de maladie, d'accident, de maternité et de soins préventifs. La couverture est obligatoire pour les membres du personnel ainsi que pour les personnes à charge éligibles. Il existe une possibilité d'assurance volontaire pour les membres de la famille qui ne sont pas à charge. Les membres du personnel peuvent choisir de rester assurés auprès de la CAPS au moment de leur retraite, à condition de remplir les conditions d'éligibilité liées à l'âge et à la durée de service.

Une assurance-maladie fondée sur la solidarité

La CAPS est une institution mutualiste à but non lucratif. La solidarité est le fondement des mutuelles de santé. Cela signifie, avant tout, la solidarité, c'est-à-dire la mutualisation, entre les membres aisés et moins aisés. Les cotisations à la CAPS sont proportionnelles aux moyens financiers de chaque assuré (pourcentage du salaire ou de la pension), en tenant compte de la composition de sa famille. L'affiliation obligatoire garantit que tous les fonctionnaires de l'OIT remplissant les conditions requises ont accès aux mêmes prestations en matière de soins de santé,

quels que soient leur grade, leurs fonctions ou leur lieu d'affectation.

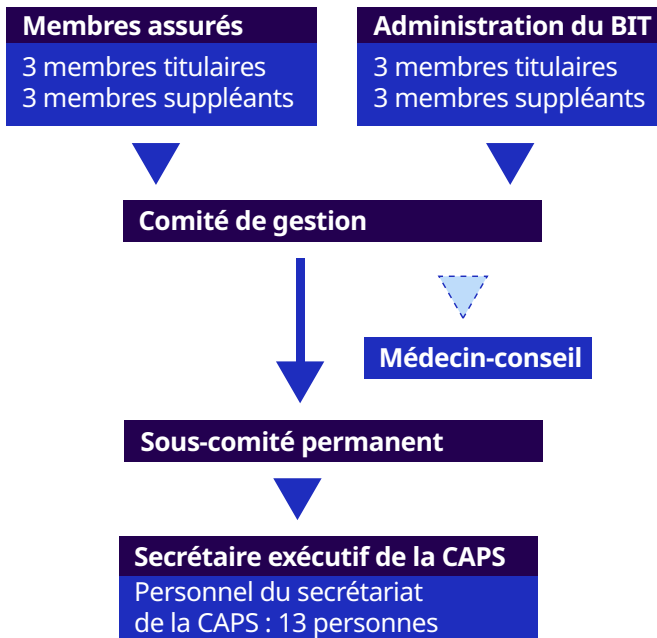
Ensuite, cette solidarité s'exprime entre les membres en bonne santé et ceux qui sont malades. Ainsi, les cotisations ne dépendent pas du risque encouru par un membre, et la CAPS n'impose pas d'exclusions en raison de l'état de santé antérieur. Dans la pratique, il en découle une troisième forme de solidarité, entre les assurés jeunes et âgés – le risque de maladie augmentant avec l'âge. La CAPS dispose d'un fonds de garantie de plusieurs millions de dollars des États-Unis (ci-après dollars), soit des actifs suffisants pour couvrir ses engagements à moyen terme. Son portefeuille d'investissement est géré par des experts financiers externes engagés sous la supervision de l'OIT.

Le libre choix des prestataires médicaux dans le monde entier


Les assurés de la CAPS sont libres de choisir tout prestataire médical approprié et de demander le remboursement de leurs frais médicaux sur la base du barème de prestations applicable. Bien que la CAPS ait conclu des accords spécifiques avec des prestataires de soins sélectionnés dans le monde entier, il n'y a aucune obligation de s'adresser à un prestataire particulier. La CAPS dispose d'un médecin-conseil attitré, désigné par son Comité de gestion, chargé de veiller au respect des conditions prévues par le barème des prestations approuvé. Cette fonction est assurée par un médecin qualifié externe totalement indépendant du médecin-conseil du BIT.

Une gouvernance unique en son genre

Le Comité de gestion dirige la CAPS. Il est composé de six représentants élus par l'ensemble du personnel assuré et d'un nombre égal de représentants de l'administration du BIT, nommés par son Directeur général. Le BIT administre les opérations de la CAPS, y compris les transactions financières, la comptabilité et les investissements. La relation avec les membres de la CAPS est assurée par le secrétariat de celle-ci, basé au siège du BIT à Genève, qui est également chargé du traitement des demandes de remboursement. Les opérations de la CAPS ainsi que ses comptes et transactions financières sont soumis à un audit périodique par les auditeurs externes et internes du BIT.





 **Centre d'appels de la CAPS**

[Veillez cliquer ici pour joindre le centre d'appels de la CAPS \(tous les jours ouvrables de 9h30 à 12h00 et de 14h00 à 16h30, heure de Genève\).](#)

Contactez la CAPS +41.22.799.88.18

✉ shif@ilo.org pour toute demande de renseignements d'ordre général, ou relative à vos demandes de remboursement soumises à l'aide du formulaire papier

✉ shifonline@ilo.org pour toute question concernant l'accès à SHIF Online ou vos demandes de remboursements soumises via SHIF Online

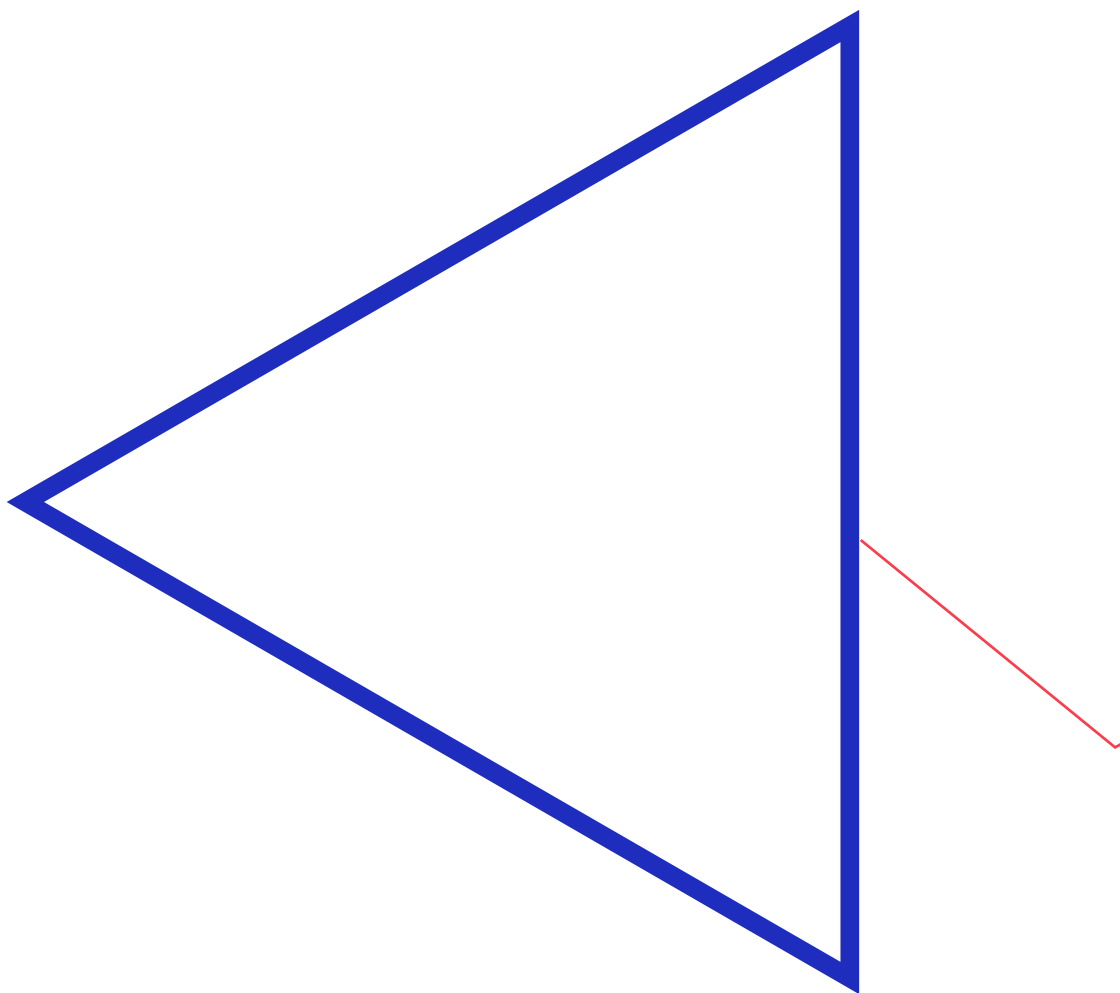
✉ shifmedicaladviser@ilo.org pour toute question d'ordre médical nécessitant un examen par le médecin-conseil

✉ shifaffiliations@ilo.org pour toute question relative à l'affiliation

✉ servicedesk@ilo.org pour vos questions techniques liées à SHIF Online (retraité(e)s)

[Service desk portail](#) pour vos questions techniques

Depuis 2019 (2020 pour les retraités), les assurés de la CAPS peuvent soumettre leurs demandes de remboursement et accéder à leur information électroniquement sur SHIF online.



3

**Retour sur
un siècle
d'existence**



De 1920 à 1926, le BIT était installé dans ce bâtiment, qui abrite aujourd'hui le Comité international de la Croix-Rouge. © OIT

► 3.1 Solidarité et protection de la santé – Réflexions sur la CAPS

« La sécurité sociale est quelque chose de vital pour des millions de personnes. C'est un sujet trop sérieux pour laisser l'idéologie ou la recherche du profit prendre le pas sur le bon sens et l'expérience. N'oublions pas que la protection sociale n'est pas un luxe. Il s'agit d'un droit humain fondamental, repris d'ailleurs dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 1966 par l'Assemblée générale des Nations Unies. Et, [...] la protection sociale reste un des mandats fondamentaux de l'Organisation internationale du Travail » – **Manuel Simón**

Manuel Simon est un dirigeant syndical espagnol qui a écrit ce texte en 2000 dans la revue *Éducation ouvrière* du BIT. L'assurance-maladie est l'aboutissement d'un long cheminement vers le progrès social. Mais est-ce un droit ? Est-il évident qu'elle doit prendre la forme d'un régime mutuel ou coopératif ?

Le concept de société mutuelle ou coopérative remonte à l'Antiquité. La vie sociale et la modestie des revenus ont suscité le besoin d'une aide mutuelle. On en trouve des traces dans le système agricole collectif de Babylone, les confréries d'assistance et d'inhumation de l'Antiquité romaine et les compagnons qui ont construit le temple de Salomon à Jérusalem (940 av. J.-C.). L'Europe du Nord-Ouest et ses guildes d'artisans ont créé des organisations de solidarité dès le XI^e siècle. La protection de la santé des travailleurs a été ajoutée plus tard à ce modèle. Le développement du bien-être général qui figure dans le préambule de la Constitution des États-Unis

d'Amérique de 1787 est la première référence en tant qu'objectif constitutionnel.

Les sociétés d'aide mutuelle et d'autres formes de solidarité collective se sont développées en Europe tout au long du XIX^e siècle. Mais ces sociétés d'entraide étaient souvent incapables de faire face à la misère sociale généralisée qui découlait du mouvement d'industrialisation. Un nombre croissant de travailleurs de l'industrie et de l'agriculture subissait une perte de sécurité économique à cause de maladies ou d'accidents, tandis que l'accès aux soins de santé restait pour l'essentiel un privilège des classes les plus aisées de la population.

Pour prévenir les troubles sociaux et couper l'herbe sous les pieds au mouvement ouvrier, l'Empire allemand, et plus précisément le chancelier Otto von Bismarck, a institué en 1883 un régime d'assurance-maladie mutuelle contrôlé par l'État. Il est obligatoire et comprend, entre autres, la couverture des frais de traitement, l'aide aux accouchées ainsi que l'indemnité de décès. Quelques années plus tard, Bismarck a étendu le système à l'assurance des risques d'accidents du travail, puis de la vieillesse et de l'invalidité. Les régimes d'assurance sociale allemands sont devenus un modèle pour les réformateurs sociaux, ainsi que pour de nombreux gouvernements en Europe. Les principes qui les sous-tendent sont nouveaux et révolutionnaires : mutualisation des risques individuels, redistribution de la responsabilité entre employeurs et salariés et recours à des compétences actuarielles pour déterminer les contributions et les primes.

La création d'une « assurance-maladie », comme on l'appelait à l'époque, pour les membres du personnel du BIT s'inscrivait dans cette logique, même si son application à une organisation internationale dont les employés travaillent dans le monde entier était une nouveauté et reste encore un défi particulier.

La première édition du règlement de l'assurance, datée du 1^{er} décembre 1922, stipulait dans son article 1 : « La Caisse d'assurance du personnel du Bureau international du Travail a pour but de procurer à ses membres, avec la collaboration financière du Bureau international du Travail, diverses prestations en cas de maladie ou d'accident. La Caisse vise également à prévenir les maladies et à améliorer l'état de santé général du personnel en encourageant l'adoption de mesures prophylactiques ». Il est intéressant de voir que l'article 11 stipule également : « Chaque membre peut choisir librement son médecin ».

En lisant la dernière édition des statuts et du règlement administratif de la Caisse d'assurance-maladie du personnel, nous constatons que ces principes directeurs restent les mêmes. Le principe du libre choix s'applique même aujourd'hui à tous les praticiens, pharmaciens et établissements médicaux, des hôpitaux et cliniques privées aux institutions de soins de longue durée.

L'histoire de la CAPS est profondément liée à la vision de l'OIT quant à la justice sociale, qui inclut l'objectif d'une protection sociale adéquate et, plus particulièrement, la protection de la santé des travailleurs. Cet objectif a été inscrit dans la Constitution de l'OIT de 1919, défini comme un droit universel dans la Déclaration de Philadelphie de 1944, explicité dans plusieurs conventions et recommandations et réaffirmé par la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable de 2008 et la Déclaration du centenaire de l'OIT pour l'avenir du travail de 2019.

En hommage à ce fondement de justice sociale, cette publication va maintenant nous emmener en un voyage historique afin de mettre en lumière les moments importants de l'histoire de la CAPS ; attirer notre attention sur ce lien avec la justice sociale,

qui explique la façon dont la politique sociale internationale de l'OIT a été la force motrice qui a fait de la CAPS l'assurance-maladie moderne qu'elle est aujourd'hui.

► 3.2 Protéger le personnel de Genève – Les premières années de la caisse d'assurance maladie du BIT: 1922-1928

À la fin de la première guerre mondiale, le Traité de Versailles a créé la Société des Nations (SDN) et l'OIT



Dactylo portant un masque pendant la grande pandémie de grippe, New York, 1918.
© Wikipedia

en tant qu'institution autonome. La partie XIII du Traité est devenue la première Constitution de l'OIT. Elle consacrait dans son préambule « la protection des travailleurs contre les maladies générales et professionnelles et les accidents résultant du travail ».

Une initiative du personnel

Le secrétariat permanent de l'OIT, le Bureau international du Travail, a quitté Londres pour s'installer à Genève à la fin de 1920. À l'époque, la grande pandémie de grippe de 1918 causait encore de grandes souffrances. Le Comité du personnel nouvellement créé (qui deviendra plus tard le Syndicat du personnel) prend l'initiative de créer un régime d'assurance-maladie pour le personnel. Se référant à la quatrième vague de la pandémie lors de l'hiver 1920, le Comité du personnel a déclaré lors de l'institution du régime : « L'épidémie actuelle à Genève et les dépenses supplémentaires d'assistance médicale qui en ont découlé pour de nombreux membres du personnel ont rendu plus que jamais sensible l'absence de tout régime d'assurance-maladie ».

L'idée est immédiatement soutenue par Royal Meeker, économiste américain et directeur de la division scientifique du BIT. Il a convaincu le Directeur du BIT, Albert Thomas, que le personnel ne devait pas payer les frais médicaux avec son salaire. Pour lui, ces frais constituaient un fardeau, surtout pour les employés de bureau de rang inférieur, qui étaient majoritairement des femmes.



Jean-Pierre Seiler en 1921. © OIT

« L'effet de cette pratique est démoralisant », a déclaré R. Meeker à A. Thomas.

En 1921 et à la demande du Comité du personnel, le Service des assurances sociales du BIT a présenté les premières règles du régime d'assurance-maladie. L'auteur du projet est Jean-Pierre Seiler, un expert en assurances sociales de Genève.

Il était impossible de faire appel à une compagnie suisse pour couvrir les employés de l'OIT pour deux raisons : Premièrement, les régimes d'assurance suisses ne pouvaient pas être adaptés aux fonctions d'une organisation internationale, qui avait besoin d'une couverture des accidents et maladies survenant lorsque les employés étaient à l'étranger. Deuxièmement, les régimes mutualistes de santé suisses étaient généralement subventionnés par l'État, ce qui offrait une certaine garantie, même modeste, aux personnes disposant de ressources limitées pour couvrir les frais médicaux.

J.-P. Seiler a donc proposé un système basé sur la législation suisse, prenant la forme d'une société coopérative avec adhésion volontaire, libre choix des médecins et prestations destinées aux membres du personnel et, dans une catégorie distincte, à leur famille. Le financement devait être assuré à parts égales par l'Administration du BIT et les membres du personnel.

À la suite de la Société des Nations

J.-P. Seiler a également travaillé avec le Secrétariat de la Société des Nations, qui a lancé sa propre assurance-maladie en janvier 1922. Elle adoptait un modèle différent mais reposant sur des principes similaires – gouvernance démocratique, contribution de l'employeur et libre choix des médecins. Plus important encore, l'assurance avait prouvé son



COMITÉ DU SYNDICAT DU PERSONNEL

F. H. Jullien, phot., Genève

Fuss LaFrance M^{lle} Laverrière Baumister Boismier 1922 Miss Sanger de Roode M^{lle} Freund Weaver

Le Comité du Syndicat du personnel du BIT en 1922. La chercheuse britannique Sophie Sanger (quatrième à partir de la droite) et Jan de Roode, un syndicaliste néerlandais (troisième à partir de la droite), étaient des représentants du personnel qui ont joué un rôle actif dans la mise en place de l'assurance-maladie du personnel du BIT. © Archives du BIT

utilité au début de l'année 1922, lorsque de nombreux membres du personnel tombèrent malades. L'assurance-maladie de la SDN représentait ainsi un deuxième modèle pour les fonctionnaires du BIT.

C'est alors qu'une troisième proposition – interne – suggéra de ne soutenir financièrement que le personnel de rang inférieur du BIT et de mettre en place un service médical plutôt que de créer un régime d'assurance. Après quelques débats, l'Administration du BIT rédigea sa propre proposition. Elle intégrait divers apports mais équivalait en grande partie au régime de la Société des Nations. Le régime proposé est indépendant du droit suisse, ce qui correspond mieux au caractère international des activités de l'OIT. Toutefois, contrairement au modèle d'assurance-maladie de la Société des

Nations, le régime du BIT n'inclut pas les membres de la famille.

La similitude du régime proposé avec celui de la Société des Nations rassure le Conseil d'administration du BIT, qui donne son feu vert en avril 1922 pour transférer les fonds nécessaires au lancement de l'assurance-maladie du BIT. Quelques mois plus tard, en septembre, le syndicat du personnel organise un référendum et le personnel du BIT approuve le projet de règlement du nouveau régime d'assurance.

L'Assemblée générale constitutive a eu lieu le 15 décembre 1922. Le règlement provisoire de la nouvelle Caisse d'assurance-maladies et accidents du personnel du Bureau international du Travail est entré en vigueur rétroactivement le 1er décembre 1922.

La nouvelle assurance-maladie du BIT était fondée sur le principe démocratique de l'autogestion, avec des représentants du personnel élus par son Assemblée générale et des représentants de l'Administration du BIT, nommés par le Directeur (plus tard le Directeur général) au sein du Comité exécutif. Toute modification du règlement devait être approuvée par le Directeur du BIT et, en ce qui concerne les questions financières, par le Conseil d'administration. Les premiers statuts prévoyaient en outre le financement de l'assurance-maladie par les cotisations des membres et une subvention de l'Administration. Les versions ultérieures étaient plus précises : Le montant de la contribution de l'administration devait être égal à celui des membres. Cet important principe de responsabilité financière à parts égales reste valable aujourd'hui. Les statuts stipulaient également la constitution d'un fonds de garantie avec un montant fixe par membre et la responsabilité statutaire du Comité de le reconstituer chaque fois qu'il tombait sous un niveau minimum défini.

MINUTE SHEET.

Members

Reference _____

Insurance Scheme

Abramson	Deyzac	Klaiber	Rodgers
Aebi	Dhess	Kuott	a. Tonlet
Aillaud	Dickinson	Kuersler	f. Tonlet
Argentier	Domarego	Labarre	Sagnant
Arari	Domase	Lafrance	Salette
de Bar	M. Duresat	Lampe	de Salis
Barillet	Mlle. Duresat	Lapp	Sauger
Baumeister	Dufour	Laverrière	Kavaz
Becher	Dupuis	Lavillard	Secretan
Bellagy	Mme. Durel	Lebrun	Seiler
Bemberon	M. Durel	Lepois	Sereuo
Benson	Duit	Léon	Simmons
Bernades	Edwards	Lepois	Sorel
Beutler	Ehlian	L'houmeleis	Spiller
Bleibloch	Fabersch	Lille	Spreat
Boissier	Fabri	Forsch	Schappeler
Boisseau	Farguher	Fombardis	Schlesep
Boncompagni	Fauguet	Fong	Schwendy
Bougar	Ferenci	Fouhony	Mlle. Schwaider
Brocher	M. Fleury	Maerae	Schwaider
Bucher	Franchiger	Healan	Schaut
Bunyard	Fuchs	Mandalle	Mr. Stacey
Burge	Fuss	Masturich	Stack
Caldwell	Gallone	Martini	Stapleton
Carlton	Garcia	Martin	Stead
Carozzi	Gaste	Matis	Stein
O'Carroll	Germener	Matthaei	Stevenson
Catlin	Goeh	Mendon	Stoecklin
Cezan	Goel	Mesquet	Tair
Chadwick	Gontal	Mlle. Meunier	Tapia
Chanand	Goujon	M. Meunier	Tarelli
Chevannes	Grab	Nichels	Terentoff
	Graf	M. Milhaud	Thelin
	Graham	Ed. Milhaud	Thorsen
	Grinshaw	Mme. Milhaud	Thudrehn
	Grisé	Mlle. Molit	Tupier
		Mollat	Mudersill
		Moumier	Weter
		Morgan	Varay
		de Motta	Vilalunga
		Muech	Vicens
			Vuillebill
			Waller
			Weaver
			Mrs. Weaver
			Westman
			Wilson
			Woods
			Zabruska

Le régime d'assurance-maladie du BIT comptait 222 membres en janvier 1923. © OIT

Chéban	Quening	Wison	
Chew	Haan	Osthaus	
M. Clottu	Hage	Ostrowsky	
M. Clottu	Harrison	Ottel	
Collins	Hayer	Pahud	
		di Pal	



Le D^r Léon Weber-Bauler a travaillé pour le BIT et son assurance-maladie de 1923 à 1940. Il était bien intégré dans la communauté médicale genevoise. © OIT

Le premier Comité exécutif a commencé ses travaux en janvier 1923. Il se composait de neuf personnes, dont deux étaient désignées par le Directeur pour représenter l'administration et sept étaient élues par les membres du régime d'assurance. Ils provenaient de différentes catégories de personnel et comp- taient deux femmes.

De cette époque à aujourd'hui, les principes démocratiques de l'assurance-maladie du BIT

n'ont pas changé en substance. Au fil du temps, cependant, les responsabilités du Comité de gestion, comme on l'appelle aujourd'hui, se sont élargies, pour finalement remplacer l'Assemblée générale comme organe suprême de décision de la CAPS. Sa composition actuelle est également plus équilibrée que dans les premières années, puisque les assurés comme l'Administration sont représentés par trois membres titulaires et trois membres suppléants.

Médecins et infirmières

Deux médecins genevois, le D^r Léon Weber-Bauler et le D^r Henriette Saloz-Joudra, tous deux nés en Russie, sont nommés médecins du BIT en 1923.

Les deux médecins effectuaient l'examen médical obligatoire lors de l'embauche des nouveaux membres du personnel ainsi que des examens spéciaux à la demande du Bureau et du Comité de l'assurance-maladie. Le D^r Weber-Bauler était également chargé des conditions générales d'hygiène du Bureau et du contrôle de toutes les factures de médecins présentées pour remboursement. Le contrat du



Le D^r Henriette Saloz-Joudra (avec son mari) avait 68 ans lorsqu'elle a commencé à travailler comme médecin-conseil pour les femmes membres du personnel du BIT. Elle a été la première femme médecin à ouvrir un cabinet privé à Genève. © OIT

D^r Saloz-Joudra n'a pas été renouvelé en 1924. Après son départ, les fonctionnaires féminines du BIT qui le souhaitent sont autorisés à consulter une femme médecin pour l'examen d'embauche. Le double rôle du médecin-conseil, qui était au service du Bureau et du régime d'assurance-maladie, a été maintenu pendant 80 ans. Ce n'est qu'en 2004 que les deux fonctions ont été séparées et que la CAPS a nommé son propre médecin-conseil. À partir de cette date, les dossiers médicaux ne sont plus communiqués à l'administration afin de préserver la confidentialité.

Revenons en 1923, lorsqu'a été créé un poste d'infirmière du Bureau. Celle-ci devait rendre visite aux membres du personnel qui étaient malades et pouvait être consultée pour des « affections mineures ». L'infirmière devait également assister le médecin-conseil dans ses fonctions de contrôle. Annie W. Hedley, une infirmière britannique

expérimentée et veuve d'un fonctionnaire de la Société des Nations, fut la première infirmière du BIT. Son travail n'était pas facile. Les transports publics genevois étant encore rudimentaires dans les années 1920, elle apprit à se déplacer à bicyclette pour rendre visite aux membres du personnel malades. Mais elle eut de fréquents accidents. Par la suite, son salaire a été augmenté afin qu'elle puisse acheter une voiture, bien que d'occasion, pour se rendre auprès de ses patients.

Durant la première année d'existence de l'assurance-maladie du BIT, la question importante et récurrente était bien sûr de savoir si elle serait financièrement viable. Deux ans après le début de son fonctionnement, au grand soulagement du Comité, le montage financier semblait bien fonctionner, toutes les dépenses étant couvertes. Néanmoins, l'idée de diminuer le risque financier en rendant l'adhésion à l'assurance-maladie obligatoire a été mise sur la table.

Le modèle à suivre – Les conventions de l'OIT sur l'assurance maladie

L'évolution de l'assurance-maladie du BIT au cours des années qui ont suivi doit être comprise dans le contexte des politiques de l'OIT et surtout de ses activités normatives dans le domaine de l'assurance sociale dans les années 1920.

En 1925, l'assurance-maladie a été inscrite à l'ordre du jour de la Conférence internationale du Travail, qui était à l'époque dominée par les États Membres européens. Les employeurs voulaient des travailleurs en bonne santé pour accroître la capacité de production ; les travailleurs voulaient la justice sociale et une protection efficace contre les risques

pour la santé ; et les gouvernements européens voulaient une réglementation internationale sous la forme de conventions de l'OIT pour s'assurer qu'une législation socialement progressiste dans leur pays n'induirait pas un désavantage concurrentiel sur le plan économique. Alors que les employeurs préféreraient des régimes volontaires, subventionnés par l'État pour les groupes à faibles revenus (comme, par exemple, en Suisse), les travailleurs étaient favorables à des régimes obligatoires (comme en Allemagne), auxquels les employeurs devaient également contribuer.

Au-delà des constituants tripartites de l'OIT, deux autres acteurs importants sont entrés en scène au cours de ces premières années : les compagnies d'assurance-maladie et les associations de médecins. Lorsque l'OIT a commencé à collaborer avec les caisses d'assurance-maladie européennes, les médecins ont compris qu'ils devaient s'organiser pour être représentés au niveau international. En 1926, ils ont créé l'Association professionnelle internationale des médecins pour défendre leurs intérêts. L'Association s'oppose à toute forme d'assurance-maladie obligatoire et insiste sur le libre choix des médecins. Ses positions sont reflétées au niveau local par l'Association des médecins du canton de Genève. Pour le Comité de l'assurance-maladie du BIT, les médecins deviennent une entité importante avec laquelle il faut traiter.

En 1927, l'OIT a adopté les conventions (n° 24) sur l'assurance-maladie (industrie) et (n° 25) sur l'assurance-maladie (agriculture). Ces deux conventions reflètent les principes sur lesquels reposait l'assurance-maladie du BIT : l'autogestion, avec la participation des assurés à la gouvernance et le partage du financement du régime d'assurance-maladie entre les assurés et leurs employeurs.

Au cours de ces années, même dans les pays dotés d'un système de sécurité sociale plus avancé, comme l'Allemagne, les travailleurs payaient des cotisations supérieures à celles de leurs employeurs. La contribution à part égale de l'Administration du BIT au fonds d'assurance reflétait l'idéal de justice sociale de l'OIT. Toutefois, cela n'était pas suffisant. Les conventions comportent d'autres exigences que l'assurance-maladie du BIT ne remplissait pas encore : Premièrement, l'assurance-maladie devait être obligatoire. Deuxièmement, elle ne devrait pas seulement s'appliquer aux travailleurs et salariés permanents, mais aussi à ceux qui ont des contrats temporaires.

Personnel temporaire sur le terrain – Le cas de Paul Hesse

En effet, le personnel temporaire du BIT n'était pas assuré dans ces années-là, alors qu'il était souvent envoyé en mission loin de Genève. En cas de maladie ou d'accident, il pouvait demander un remboursement directement à l'administration, mais seulement s'il pouvait prouver que les frais étaient survenus en raison de la mission. Cela crée des situations difficiles, comme l'illustre le cas de Paul Hesse, né en Russie, que le BIT engage au début de 1926 pour un contrat temporaire d'un an. Selon l'examen médical d'entrée, il pâtissait d'une « constitution nerveuse », semble-t-il lié aux événements survenus avant et pendant la révolution russe de 1917 et à son activité antérieure au service des réfugiés de la Société des Nations. Il fut envoyé en mission au Brésil au titre du service des réfugiés du BIT et ne tarda pas à connaître de graves problèmes de santé : ce que l'on qualifierait aujourd'hui d'épuisement professionnel (burnout). Son contrat fut néanmoins prolongé d'un an. Malgré un traitement local aux

coûts bien plus élevés qu'à Genève, il doit être rapatrié au printemps 1928 en Europe. Il consulte différents spécialistes et on diagnostique finalement une anxiété et une insomnie, qui s'améliorent après un traitement dans un sanatorium en Autriche. N'étant pas assuré par le régime d'assurance-maladie du BIT, il soumet directement au Bureau une demande de remboursement de frais médicaux considérables.

Le Bureau a refusé de payer mais a reconnu sa responsabilité dans l'aggravation de la santé mentale de Hesse, considérant que « son acclimatement et surtout son adaptation au travail local ont été difficiles par suite de la méconnaissance de la langue et des coutumes du pays ». Hesse a renouvelé sa demande et le bureau a finalement accepté de rembourser 50 pour cent des frais.

Ce premier cas a mis en évidence les risques financiers encourus par le personnel temporaire déployé sur le terrain à l'époque. Il anticipait également un certain nombre de problèmes qui se poseraient l'assurance-maladie du BIT, notamment le coût des traitements hors de Genève et donc le contrôle des factures médicales.

Compte tenu de la bonne situation financière de l'assurance-maladie du BIT, due à la jeunesse relative du personnel du BIT dans les années 1920, et d'un certain nombre de cas similaires à celui de Paul Hesse, l'Assemblée générale a proposé en mai 1928 d'étendre l'adhésion volontaire au personnel temporaire, après une modification du statut du personnel pour cette catégorie.

Les statuts révisés sont entrés en vigueur le 10 décembre 1928. Les membres du personnel titulaire d'un contrat d'au moins six mois peuvent s'affilier à l'assurance-maladie du BIT, mais leur admission est subordonnée à une bonne santé, certifiée par le médecin-conseil, et les prestations

SANATORIUM MEDIZINALRAT DR. WERNER

Waidhofen A. D. Ybbs.



RECHNUNG

Hochwohlgeboren

Herrn Paul H e s s e

Frau x

Zahlfähig und klagbar in Waidhofen a. d. Ybbs.

Druckerei Waidhofen a.d.Ybbs, Ges.m.b.H.

	K	Gr.
Zimmer vom <u>23. / VIII</u> bis inklusive <u>29. VIII.</u>	25	90
Kurrechnung vom " bis inkl. "	105	--
Wochenordination		
Ärztliche Behandlung . <u>5 elektr. Behandlungen</u>	30	--
Röntgenuntersuchung		
Aufzahlung für Spezialbäder		
Besuche		
Separatservice		
Liegestuhl <u>Badewäsche</u>	1	40
	162	30
	Warenumsatzsteuer xx.	
Mietabgabe von <u>K. 25.90 + 15% v. Zimmer</u>	3	88
Auslagen für Medikamente		
„ „ Post <u>Porto</u>	1	55
Taxe für Bademeister		
„ „ 1. Serviererin		
„ „ 2. Serviererin		
„ „ Stubenmädchen		
„ „ Lohndiener		
	167	73
<u>2 % Wust</u>	3	35
		50
Stempel	S. 171	58
Waidhofen a. d. Ybbs, am <u>29. August 1928</u>		

Dankend salutierte

sont limitées. Autre changement important, l'adhésion de tous le personnel permanent – local et international – devient obligatoire. Cette mesure présente un avantage pratique. L'adhésion obligatoire réduit les risques financiers, étant donné que les fonctionnaires de rang supérieur, mieux rémunérés, et les jeunes, moins exposés aux risques de santé, cotisent au régime. L'affiliation obligatoire a mis l'assurance-maladie en conformité avec les conventions de l'OIT sur l'assurance-maladie et leur principe de solidarité entre les jeunes et les personnes âgées, les travailleurs en bonne santé et les travailleurs plus fragiles et les membres du personnel de rang supérieur et inférieur.

► 3.3 S'adapter à la crise et à la guerre : 1929-1949

En 1929, le krach de Wall Street aux États-Unis a déclenché une crise financière et économique mondiale, la « Grande Dépression », dont les conséquences désastreuses ont assombri les années 1930. Des millions de travailleurs ont perdu leur emploi. Les systèmes de sécurité sociale n'étant pas encore bien développés, la pauvreté a explosé. L'instabilité politique s'est accrue avec la montée de partis d'extrême droite et d'extrême gauche, notamment en Europe. Leurs programmes comprenaient des dispositions relatives à la sécurité sociale et aux soins de santé qui entraient en contradiction avec la vision démocratique de la sécurité sociale qui était celle de l'OIT.



Manifestation de chômeurs au Canada, vers 1930. © Wikipedia

La crise touche la Société des Nations et l'OIT, qui se retrouvent soudainement dans une situation financière difficile. En 1930, l'assurance-maladie du personnel du BIT est, pour la première fois, dangereusement déficitaire. Plusieurs cas de maladies graves étaient survenus parmi le personnel, entraînant des coûts élevés de chirurgie et d'hospitalisation, coûts qui ne pouvaient être suffisamment couverts par le régime. En outre, les cotisations étaient en baisse en raison de la diminution du recrutement de nouveaux employés. En 1931, la Société des Nations, dont l'OIT dépendait financièrement à l'époque, a réduit le montant des fonds qu'elle transférait à l'Administration du BIT pour sa contribution au régime d'assurance-maladie du BIT. Elle passa de 50 pour cent à moins de 40 pour cent en 1933. Confronté à une crise de survie, le Comité a convoqué une Assemblée générale extraordinaire, qui a approuvé plusieurs mesures pour sauver l'assurance-maladie.

La première mesure a été d'augmenter les cotisations des membres du personnel. À l'époque, le niveau était basé sur la catégorie de salaire. À partir de janvier 1933, la cotisation mensuelle moyenne de 5,50 francs a été augmentée de 1,50 franc (environ 27,3 pour cent). Le Bureau a continué à payer uniformément 4,50 francs, s'écartant ainsi de son engagement de contribuer à parts égales. La deuxième mesure consistait à accroître le nombre des adhésions en rendant obligatoire la participation du personnel temporaire. La troisième disposition, la révision du barème des prestations, fut contestée. Au début des années 1930, le Comité a réduit les prestations pour les maladies mineures et les affections chroniques, mais les a augmentées pour les risques majeurs. Enfin, la quatrième mesure visait à contrôler les frais médicaux. À partir de 1933, le personnel du BIT doit remplir un «formulaire

jaune» spécial qui informe le Comité de tout traitement médical. S'ils omettent de le faire, ils ne sont pas remboursés.

Les responsabilités du médecin-conseil ont été étendues. Pour la première fois, le médecin-conseil peut émettre, sur la base de l'examen médical d'entrée, des «réserves» quant aux prestations pour certaines affections. Cet article du règlement a été supprimé 30 ans plus tard, en 1963. Le fait de ne pas couvrir les maladies relevant de la clause de réserve ou de ne fournir que des prestations limitées et d'exclure ainsi les personnes atteintes d'affections graves était considéré comme contraire au principe selon lequel le droit aux prestations résultait de l'affiliation à l'assurance-maladie.

Dimensions de la solidarité

Les premières années, le principe de la contribution de l'employeur à un régime d'assurance-maladie était encore une nouveauté. Il a été sévèrement attaqué à la Société des Nations en 1934, lorsqu'un délégué a demandé que la contribution de l'employeur soit réduite et ne serve qu'à soutenir le personnel à bas salaire, insistant sur le fait que les personnels dont les salaires étaient élevés devraient être exclus de l'assurance. Au nom de la solidarité et en référence aux conventions de l'OIT de 1927, le Directeur du BIT, Harold Butler, défendit énergiquement les contributions de l'administration du BIT et l'adhésion du personnel de rang supérieur. Selon lui, leurs cotisations permettraient de payer les frais médicaux des employés de rang inférieur, statistiquement plus souvent malades et coûtant au régime d'assurance-maladie plus que ce qu'ils cotisent.

L'égalité de traitement entre hommes et femmes est une autre dimension de la solidarité. Contrairement aux entreprises privées de l'époque en Suisse, les



Caricature de Harold Butler, qui devint le deuxième Directeur du BIT en 1932. © OIT

cotisations à l'assurance-maladie du BIT étaient les mêmes pour les hommes et les femmes. Cependant, lors de l'Assemblée générale de 1936, une critique fut émise selon laquelle les femmes coûtaient plus cher que les hommes au système d'assurance-maladie, ajoutant que les fonctionnaires masculins devaient supporter les frais médicaux de leurs conjoints et

de leurs enfants, alors que les fonctionnaires féminins étaient pour la plupart célibataires, et que, en conséquence, les femmes devraient verser des cotisations supérieures. Heureusement, il n'y a pas eu de suite à ce débat. Il est fort probable que le Comité se soit rendu compte que les problèmes de santé des femmes au sein du BIT étaient souvent liés à leur prédominance dans les postes subalternes, principalement de bureau, avec de moins bonnes conditions de travail.

Enfin, les préoccupations relatives à la solidarité et à l'équité sont directement liées aux débats qui se font jour au sein du Comité quant à l'extension des prestations aux membres de la famille, au personnel qui ne travaille pas à Genève et aux retraités. Ces derniers se trouvent souvent dans une situation difficile, notamment en Suisse, où les régimes d'assurance-maladie, qui sont volontaires et basés sur l'adhésion à vie, refusent d'admettre les fonctionnaires retraités du BIT parce qu'ils sont considérés comme un «mauvais risque».



Le personnel sténographique du BIT en 1924. Au BIT, la plupart des femmes travaillaient comme employées de bureau. © OIT

Genève et Montréal – L'assurance-maladie du personnel du BIT en temps de guerre et d'après-guerre

La seconde guerre mondiale a éclaté avec l'attaque de l'Allemagne nazie contre la Pologne en 1939. Face à la menace croissante d'une invasion allemande en Suisse, 44 membres du personnel ont quitté Genève au cours de l'été 1940 pour se réfugier à l'Université McGill à Montréal, au Canada.

Les contrats de la plupart des autres membres du personnel ont été suspendus, et beaucoup sont retournés dans leur pays d'origine. Seuls quelques-uns sont restés à Genève. Pour eux, l'assurance-maladie, reprend du service en octobre 1940, après une courte interruption, mais avec pour seules ressources leurs cotisations et la part versée par le bureau. Le contrat du Dr Weber-Bauler, qui avait alors 71 ans, fut résilié. En 1941, une caisse d'assurance-maladie



Les conditions de travail à l'Université McGill à Montréal, au Canada, étaient moins confortables qu'à Genève. © OIT

distincte a été créée à Montréal. Tant le régime d'assurance de Genève que celui de Montréal appliquaient les règles adoptées en 1933.

Pendant les années d'exil, l'OIT a élaboré une vision ambitieuse de son rôle au sein du nouvel ordre de l'après-guerre, consacrée par la Déclaration de Philadelphie qui fut adoptée en 1944. Fondée sur l'expérience de la Grande Dépression et de ses conséquences sociales et politiques dévastatrices, la Déclaration établit un droit universel à la sécurité économique et l'obligation de réaliser «l'extension des mesures de sécurité sociale pour assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets», de même qu'une «protection adéquate de la vie et de la santé des travailleurs dans toutes les occupations».

La guerre s'est terminée en 1945. La Société des Nations avait cessé d'exister et les Nations Unies lui ont succédé. Un an plus tard, l'OIT est devenue sa première institution spécialisée. Son principal objectif était de mettre en pratique les objectifs ambitieux de la Déclaration de Philadelphie et de

faire progresser la protection sociale dans ses États Membres, mais aussi pour son propre personnel.

Les fonctionnaires du BIT qui rentrent de Montréal réintègrent le régime d'assurance-maladie de Genève, dénommé Caisse d'assurance-maladie du personnel du BIT, qui ne comptait plus que 14 membres en 1944. Elle deviendra la CAPS en 1969. En 1947 et 1948, après le retour complet du Bureau, un comité provisoire a été chargé de reprendre les projets de réformes d'avant-guerre en se concentrant sur plusieurs questions prioritaires, comme l'extension des prestations aux membres de la famille et l'admission des retraités dans le régime. En 1947, un premier pas vers l'extension géographique de la couverture a été l'admission au sein de l'assurance-maladie du BIT, du personnel du Bureau de liaison de l'OIT auprès des Nations Unies à New York. Cette mesure a permis d'acquérir une première expérience du remboursement des services médicaux en dehors de Genève.

Un nouveau médecin-conseil et une nouvelle infirmière prennent leurs fonctions au siège de Genève en 1948. En 1949, a été créée l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies. Elle offre la possibilité à d'autres organisations des Nations Unies d'y adhérer, remettant sur la table l'idée d'un régime unique d'assurance-maladie du personnel à l'échelle de l'ensemble des Nations Unies.



Les Nations Unies à Genève, en Suisse. © Jean-Marc Ferré, Nations Unies

Une assurance-maladie unifiée pour toutes les organisations basées à Genève ?

En 1931, en raison de contraintes financières dues à la Grande Dépression, le Secrétariat de la Société des Nations a entamé une discussion sur la fusion de la caisse d'assurance-maladie de son personnel avec celle du BIT. Cependant, les comités exécutifs des deux caisses se sont prononcés contre une telle fusion, soulignant les différences considérables de structures et de prestations.

En 1949, le Comité exécutif de la nouvelle Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies a contacté son homologue du BIT pour savoir si celui-ci souhaitait adhérer à ce nouveau régime.

Le Comité de l'assurance-maladie du BIT a décidé qu'une telle fusion était impossible, en invoquant diverses raisons :

- ▶ L'adhésion au fonds d'assurance du BIT était obligatoire à cette époque, alors qu'elle restait volontaire pour le régime des Nations Unies.

- ▶ Le régime des Nations Unies couvre les membres de la famille, tandis que le régime du BIT ne couvre que les membres du personnel.
- ▶ Contrairement à la contribution de l'Administration du BIT, qui a été portée peu après à 50 pour cent, la contribution de l'Administration des Nations Unies à son régime a varié. Elle diminuait avec les salaires et augmentait avec la taille de la famille, mais était globalement inférieure à 50 pour cent.
- ▶ Et l'assurance du BIT offrait des prestations légèrement meilleures.

Le nouveau Directeur général du BIT, David Morse, était pourtant clairement en faveur d'un régime d'assurance-maladie unifié au sein des Nations Unies. Mais il avait une suggestion différente, préférant ouvrir le régime d'assurance-maladie du BIT, qui jouissait à l'époque d'une remarquable réputation, aux autres agences des Nations Unies. Certaines de ces agences avaient fait des expériences décevantes en choisissant des assurances privées. Le Comité a soutenu la proposition de M. Morse, et les actuaires du BIT ont souligné que l'augmentation du nombre d'adhérents serait une bonne chose, «à condition que la composition du personnel soit similaire». L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), dont le siège est à Paris, et l'Organisation météorologique mondiale (OMM) ont contacté le Comité en 1952 pour étudier ou demander directement l'adhésion. Mais, en raison de problèmes techniques, ces demandes n'ont pas eu de suite. En outre, le Comité a insisté pour que seuls les membres du personnel basés à Genève puissent adhérer.

En 1952, seules l'Union internationale des télécommunications (UIT) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont obtenu l'accès au régime

d'assurance-maladie du BIT, le transformant en un régime commun piloté par ce dernier. Il s'agissait là d'une manifestation de confiance et d'un grand pas vers l'objectif ambitieux du Directeur général du BIT, David Morse, de créer «une fonction publique internationale unifiée».

Or, la plupart des membres du personnel de l'OMS vivaient et travaillaient en dehors de Genève et étaient donc exclus du régime. Cette situation est rapidement devenue une pomme de discorde et a finalement conduit l'OMS à quitter l'assurance-maladie en 1956.

L'idée de fusion a refait surface à la fin des années 1970. Sur la base d'un rapport comparatif des régimes d'assurance-maladie de 1977, les Nations Unies ont suggéré un régime administratif commun d'assurance-maladie pour toutes les organisations basées à Genève et leur personnel sur le terrain. La CAPS, qui avait alors également accepté le personnel de terrain, était considérée comme le modèle le plus approprié. Un groupe de travail basé à Genève et regroupant tous les régimes d'assurance-maladie autogérés des organisations internationales a été créé en 1978. Y était représentés : l'Office des Nations Unies à Genève (ONUG) ; le secrétariat de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT) ; l'OMM ; la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'OMS, le tandem OIT-UIT et l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI).

Le groupe de travail s'est concentré sur l'aspect le plus pratique : l'harmonisation des prestations. Après plusieurs années d'étude, il a conclu qu'il serait difficile d'envisager un quelconque type de gestion centralisée pour l'avenir. Les différences étaient trop nombreuses en ce qui concerne l'étendue de la couverture (l'OMS et la CAPS couvraient le personnel dans le monde entier,

tandis que le régime de l'ONUG ne s'étendait qu'au personnel de Genève), les principes de base (l'adhésion à l'assurance-maladie des Nations Unies était volontaire, mais obligatoire dans les régimes de l'OMS et de la CAPS), le financement (la CAPS ne prévoyait pas à l'époque de cotisation distincte pour les membres de la famille à charge) et la gouvernance (le GATT et l'OMPI travaillaient avec un assureur privé pour assurer la couverture).

En 2014, après le départ de l'UIT, la CAPS est redevenue une caisse unique et autonome d'assurance-maladie et le demeure à ce jour. De nombreuses organisations des Nations Unies – HCR, ONUG, OMM, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef) et UIT à partir de 2020 – ont choisi de devenir membres du régime d'assurance-maladie des Nations Unies. Comme la CAPS, il est financé par des cotisations conjointes des administrations des organisations affiliées et des membres assurés et repose sur le même principe de libre choix des prestataires. Cependant, contrairement à la CAPS, son adhésion reste jusqu'à aujourd'hui volontaire. Le personnel des Nations Unies est néanmoins tenu d'avoir une assurance-maladie offrant une couverture similaire à la police d'assurance-maladie des Nations Unies, notamment en ce qui concerne la couverture mondiale et les prestations.



Le bâtiment de l'OIT à Genève. © OIT



Le bâtiment des Nations Unies à Genève.
© Office des Nations Unies à Genève

► 3.4 Vers une assurance-maladie universelle à l'OIT : 1950-1976

Les années 1950 commencent par une réforme majeure de la structure de l'assurance-maladie du BIT, après deux décisions importantes : premièrement, à partir de 1950, la contribution de l'administration redevient égale à la cotisation de chaque membre, principe qui avait été en vigueur jusqu'en 1931. Les représentants du personnel avaient poussé à cette réforme, soulignant que l'égalité de participation distinguerait l'assurance-maladie du BIT du régime des Nations Unies, dans lequel la contribution de l'Administration était basée sur les catégories de salaire et donc plus élevée pour le personnel de rang inférieur. En outre, une nouvelle échelle de salaires a été instituée et la contribution des membres a augmenté de 18,4 pour cent. Cela a permis au régime d'absorber l'augmentation des frais médicaux, qui a eu lieu après la guerre, et d'augmenter les prestations.

Ensuite, en 1952, l'assurance-maladie du BIT a été étendue au personnel de l'UIT et de l'OMS, à la demande de celle-ci. En effet, dans ces années-là le régime du BIT est perçu comme un modèle attractif. Même des entreprises privées opérant au niveau international ont contacté le Comité exécutif pour en savoir plus sur son fonctionnement. Le régime d'assurance-maladie du BIT est alors devenu une caisse commune et a été officiellement rebaptisé Caisse d'assurance-maladie du personnel du Bureau international du Travail et d'autres institutions spécialisées en relation avec les Nations Unies. Cela a entraîné une forte augmentation du nombre de membres, qui est passé de 650 personnes en 1951 à 1 347 en 1953.

Le régime d'assurance-maladie menée par le BIT étant devenu une entité beaucoup plus importante,

une réorganisation majeure devait avoir lieu. Le Comité exécutif est passé à 16 membres pour représenter également le personnel et les administrations de l'UIT et de l'OMS. Toutes les dispositions et statistiques ont dû être ajustées. Les règles ont été adaptées, et l'administration de l'assurance-maladie a été élargie. Pour superviser la coordination entre les trois organisations membres, un poste de secrétaire a été créé. Le secrétaire a été nommé conjointement par le secrétaire général de l'UIT et les Directeurs généraux du BIT et de l'OMS.

L'expansion institutionnelle a suivi l'expansion considérable du nombre d'adhérents qui a lieu dans les années 1950 et 1960. Elle s'est poursuivie pendant près de trois décennies et a fini par inclure dans la couverture du régime les retraités, les membres de la famille et le personnel recruté localement dans les bureaux extérieurs de l'OIT, ainsi que les experts internationaux et le personnel des projets sur le terrain. Cette évolution et la vision qui la sous-tendaient reflétaient le contexte historique plus large marqué par l'émergence de l'État-providence moderne, considéré comme l'incarnation du progrès social. L'OIT a participé à ce processus et a adopté une convention (n° 102) sur la sécurité sociale (norme minimum) en 1952, par laquelle il était demandé aux États Membres d'établir, selon leurs moyens, des systèmes de sécurité sociale efficaces pour assurer la sécurité des revenus et la protection de la santé.

La convention a fortement légitimé les améliorations et l'extension, étape par étape, du régime d'assurance-maladie du BIT. La position proactive du Comité s'est souvent heurtée à la résistance de l'Administration et du Conseil d'administration, mais aussi des représentants du personnel. La prudence actuarielle entrainait en conflit avec des objectifs ambitieux. Dans ces débats, le régime

d'assurance-maladie du personnel des Nations Unies était perçu à la fois comme un modèle et un concurrent.

Protéger les anciens fonctionnaires

Pourtant, la restructuration était parfois un combat difficile. Par exemple, l'Administration du BIT avait rejeté en 1950 une proposition du Comité visant à étendre la couverture d'assurance-maladie aux retraités, dont le nombre était encore extrêmement faible. On craignait le risque financier et les complications liées aux demandes d'indemnisation des retraités vivant à l'étranger. Mais le Comité a tenu bon. Il a envoyé une note au Directeur général David Morse, soulignant que les retraités du BIT, qu'ils soient en bonne ou en mauvaise santé, ne seraient pas en mesure dans de nombreux pays – mais surtout en Suisse – de s'inscrire à un régime d'assurance-maladie décent.

Le Comité a revu sa proposition et proposé que les retraités assument entièrement le risque en payant à la fois la contribution du membre et celle de l'Administration. Le Comité a soutenu qu'il ne fallait pas s'inquiéter outre mesure des demandes émanant de l'extérieur de Genève, étant donné l'expérience positive des fonctionnaires de l'OIT au Bureau de liaison de New York. Ces arguments ont convaincu le Directeur général, et les statuts modifiés sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1951 pour une période d'essai de cinq ans. Les anciens fonctionnaires, même ceux qui, au moment de la cessation de service, n'avaient pas atteint l'âge de la retraite, qui était alors de 60 ans, se sont vu proposer de s'inscrire au régime d'assurance-maladie sur une base volontaire – à condition d'avoir accompli dix ans de service et de payer eux-mêmes la totalité de la

cotisation. Cinq fonctionnaires retraités ont adhéré au régime en 1951, et en avril 1952, ils étaient 11.

Au cours des années suivantes, il est apparu que les membres retraités de l'assurance-maladie avaient du mal à verser la totalité de la cotisation, surtout lorsqu'ils ne bénéficiaient pas d'une pension complète. En 1959, le Comité a ouvertement critiqué cette situation intenable, qui ne reflétait pas l'évolution des systèmes et de la couverture dans de nombreux États Membres de l'OIT. La France, l'Allemagne et l'Italie – pays dotés de systèmes d'assurance sociale avancés, où les retraités bénéficiaient de soins de santé gratuits ou ne payaient qu'une faible cotisation à un régime général d'assurance-maladie – étaient cités en exemple.

Ensuite, l'UNESCO a fourni un modèle à suivre : elle a été la première institution à contribuer à parts égales au coût de l'assurance médicale pour ses fonctionnaires retraités, y compris leurs personnes à charge et leurs survivants. Bien que le Directeur général du BIT, David Morse, ait soutenu cette solution, il y a eu une forte opposition au sein du Conseil d'administration. Une contre-proposition a finalement été adoptée en 1960, dans laquelle les fonctionnaires retraités n'avaient plus à payer seuls la totalité de la cotisation. Toutefois, leur contribution resterait supérieure à celle des fonctionnaires en activité.

Du point de vue du Comité, la situation des fonctionnaires retraités reste insatisfaisante. Il lance alors une nouvelle initiative et a demandé au département de la sécurité sociale



Caricature du Directeur général David Morse. Pendant son mandat de 20 ans, le régime d'assurance-maladie du BIT est devenu une caisse commune et a considérablement augmenté le nombre de ses membres. © OIT

du BIT de préparer un mémorandum sur les soins médicaux nationaux pour les retraités. Ce mémorandum reflétait les progrès réalisés dans de nombreux pays pour protéger les retraités. Il fut envoyé en 1964 au Directeur général, accompagné d'une note qui soulignait : « Le principe de l'assurance sociale implique le partage des risques par tous les assurés et leurs employeurs, que la personne protégée soit un bon ou un mauvais risque ». Par conséquent, selon le Comité, les retraités de l'OIT devraient payer la même contribution sur leur revenu que les fonctionnaires actifs, et la contribution de l'Administration devrait être équivalente.

Deux ans plus tard, en 1966, des règles révisées sont entrées en vigueur. Si la contribution totale¹ des fonctionnaires retraités restait plus élevée que celle des fonctionnaires en activité, l'Administration en couvrait la moitié. Six ans plus tard, en 1972, alors que les retraités commençaient à souffrir de la dévaluation du dollar, le Comité a décidé de réduire leur contribution pour qu'elle devienne égale à celle des fonctionnaires en activité du BIT. L'objectif de l'égalité de traitement des fonctionnaires en activité et des retraités était enfin atteint.

Extension de la couverture aux familles

L'idée de conférer quelque protection aux membres de la famille avait été discutée dès les premières années de l'assurance-maladie du BIT. Après la seconde guerre mondiale, ces discussions ont rapidement repris. Le nouveau régime d'assurance-maladie des Nations Unies de l'époque prévoyait la couverture des membres de la famille. Mais le Comité hésite à étendre le régime du BIT, craignant une augmentation des coûts. En 1950, une

¹ La contribution totale comprenait la part des membres du personnel et de l'Administration, dans un rapport de 1:1.



Une crèche pour les enfants de moins de 3 ans, créée par la Caisse régionale d'assurance-maladie au Centre social de Lyon en France. Dans les années 1950, la France est l'un des États-providence les plus modernes. © OIT

solution provisoire est trouvée : les statuts modifiés autorisaient le remboursement des membres de la famille, mais uniquement pour les frais d'hospitalisation. Cela correspondait à une exigence minimale revendiquée depuis longtemps par les représentants du personnel.

Au cours des années suivantes, le débat sur une extension de la couverture complète aux membres de la famille est monté en puissance. Des études actuarielles ont révélé que cette extension entraînerait une augmentation substantielle des dépenses et donc des cotisations. Lors d'un référendum organisé en 1954 parmi le personnel du BIT, de l'UIT et de l'OMS (encore membres à l'époque), de nombreux fonctionnaires sans personne à charge votent contre l'extension. Mais ils n'ont pas obtenu la majorité. Les partisans des prestations intégrales l'emportent car ils disposent d'arguments plus solides : premièrement, la convention n° 102 stipulait

que les membres de la famille d'un soutien de famille devaient avoir droit aux mêmes prestations que ce dernier ; deuxièmement, les membres de la famille des fonctionnaires de nombreuses administrations publiques européennes (comme la France, la Suisse et le Royaume-Uni) bénéficient de toutes les prestations. L'assurance-maladie du BIT devrait donc offrir la même norme, ont déclaré les électeurs.

En février 1958 et sur la base de projections actuarielles approfondies, difficiles à réaliser à l'époque en raison de l'absence de moyens électroniques de collecte et d'analyse des données, les règles ont finalement été modifiées et les prestations complètes ont été étendues aux membres de la famille qui étaient à la charge des fonctionnaires assurés. Pour couvrir les frais médicaux supplémentaires, les cotisations sont désormais calculées en pourcentage des salaires, et la cotisation totale pour les fonctionnaires en service a augmenté. Elle a été fixée à 1,8 pour cent du traitement en 1958, puis à 2 pour cent en 1961, la moitié étant prise en charge par l'administration.

Bureaux de l'OIT dans le monde – Assurer le personnel recruté localement ?

Au cours des années 1950 et dans le contexte de la décolonisation, l'OIT a étendu sa présence régionale. Elle ouvre des bureaux dans le monde entier, à Bangalore, Istanbul et Lima, par exemple, et s'implique davantage dans des projets de coopération technique.

Le nombre de personnels recrutés localement par les bureaux de correspondance et les autres bureaux extérieurs du BIT. Mais ils n'avaient pas le droit de s'affilier au régime d'assurance-maladie, qui couvrait essentiellement le personnel basé à Genève et les fonctionnaires recrutés au niveau

international affectés hors de Genève. En 1952, cette situation a changé : une disposition provisoire a admis l'adhésion du personnel recruté localement par les bureaux de correspondance et les autres bureaux extérieurs qui souhaitait s'affilier. Toutefois, le personnel de ces bureaux ne pouvait s'affilier que collectivement – pour éviter toute inégalité de traitement – et sur la base d'une décision prise au cas par cas par le Directeur général. Tous les membres du personnel n'y étaient pas favorables. À Paris et à Londres, par exemple, le personnel du BIT préférerait rester affilié à son assurance-maladie nationale. Outre le bureau de New York, seul le personnel des bureaux de New Delhi et de Rome a choisi d'adhérer au régime du BIT.

Au cours des années suivantes, l'administration a tenté de mettre la question en veilleuse car elle représentait une source majeure de tension entre l'OIT et l'OMS, cette dernière ayant la plupart de son personnel sur le terrain. Parce que son personnel de terrain n'était pas autorisé à participer au régime commun d'assurance-maladie, l'OMS a quitté la caisse dirigée par l'OIT en 1956. Mais la pression a augmenté au sein même de l'OIT, notamment de la part des directeurs des bureaux extérieurs. Finalement, en 1961, tout le personnel recruté localement des bureaux extérieurs de l'OIT et les personnes à leur charge se sont vus proposer l'adhésion à ce qui était alors le régime d'assurance-maladie du BIT et de l'UIT, aux mêmes conditions que le personnel du siège.



Expert du BIT formant le personnel d'une coopérative de conditionnement du café à Madagascar en 1962. © OIT

Experts du BIT et personnel des projets sur le terrain – Le chemin épineux vers une protection adéquate

Au cours des années 1960, le nombre de nouveaux États Membres de l'OIT, en particulier d'Afrique, augmente rapidement avec l'accélération de la décolonisation. L'OIT a étendu ses activités d'aide au développement et considérablement accru ses programmes d'assistance technique, qui étaient financés par les Nations Unies et opéraient souvent en étroite coopération avec d'autres institutions et programmes. Dans les années 1960, de plus en plus de projets de terrain furent mis en place, et la couverture d'assurance-maladie du nombre croissant d'experts internationaux de l'OIT et du personnel des projets recruté localement devint la question la plus urgente pour l'Administration et le Comité. La solution fut de demander aux gouvernements hôtes de fournir cette couverture.

La demande de coopération technique émanant généralement du gouvernement hôte, le BIT demandait à ce gouvernement de fournir des soins médicaux gratuits au personnel requis pour les projets sur le terrain et, si nécessaire, de couvrir leurs dépenses de soins engagées à titre privé. Si ce gouvernement n'acceptait pas cet arrangement, le personnel pouvait demander un remboursement au Bureau, sur la base d'un rapport médical du médecin traitant adressé au médecin-conseil du BIT. Dans les années 1960, le BIT ne couvrait toujours pas les frais pour les personnes à charge ou les maladies chroniques du personnel des projets sur le terrain.

Cette situation était de plus en plus ouvertement critiquée, notamment par les experts travaillant sur le terrain. Ils ont écrit directement au département des ressources humaines à Genève. Les problèmes qu'ils signalent sont nombreux : certains gouvernements ne fournissent aucun soin de santé. S'ils le font, ils sont souvent décrits comme insuffisants, avec de longues périodes d'attente et des conditions parfois épouvantables. Un fonctionnaire de l'OIT en poste en Asie notait en 1963 : « D'après les visites dans les hôpitaux asiatiques, que je fais de temps en temps dans le cadre de mes fonctions, je peux vous assurer qu'en cas de besoin d'hospitalisation, je prendrais le premier avion pour l'Europe – sans considération des règles de l'OIT ».

Lorsque les fonctionnaires du BIT se tournent vers des prestataires de soins de santé privés, il est fréquent que les gouvernements ne remboursent pas ces frais médicaux ou ne le fassent que partiellement, et les procédures sont souvent longues et compliquées. Dans un autre pays, un fonctionnaire du BIT s'est plaint que « le BIT était la seule organisation internationale à obliger les fonctionnaires à négocier avec le gouvernement hôte ». D'autres institutions géraient le problème de manière plus efficace.

Par exemple, elles admettaient tout le personnel de terrain dans leur régime d'assurance-maladie (comme l'UNESCO) ou prévoyaient une couverture d'assurance privée (comme l'OMS).

La situation n'était pas non plus pratique pour les services de l'assurance-maladie basés à Genève. Ils devaient rembourser l'intégralité des frais médicaux une fois qu'ils avaient été approuvés par le médecin-conseil. En 1967, le Directeur général et le Comité se sont penchés sur la question dans le cadre d'une profonde réforme du régime d'assurance-maladie du personnel. Deux ans plus tard, en 1969, les experts et le personnel des projets sur le terrain, y compris leurs personnes à charge, ont enfin droit à une couverture.

Une nouvelle caisse d'assurance-maladie BIT-UIT

Les réformes ont été en partie motivées par la détérioration de la situation financière en 1965 et 1966, qui a entraîné une augmentation substantielle de la cotisation totale, de 2 à 2,7 pour cent en 1967, puis à 2,8 pour cent en 1968.

Elles étaient également motivées par une vision optimiste générale de l'époque selon laquelle des régimes d'assurance-maladie et des services de santé nationaux, qui continuaient à se développer en Europe et dans d'autres pays industrialisés dans les années 1960, pourraient également être institués dans les pays en développement. La conviction que les systèmes de protection sociale du monde entier pouvaient être financés par une croissance économique continue fondée sur l'industrialisation était générale.

La convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, reflète cette confiance. Elle dispose que chaque État Membre

devra « a) augmenter le nombre des personnes protégées ; b) étendre les soins médicaux disponibles; c) étendre la durée d'attribution des indemnités de maladie ».

Le Directeur général David Morse souhaitait que l'assurance maladie du BIT soit « le meilleur régime d'assurance maladie de toutes les organisations internationales ». En avril 1969 et à l'occasion de la célébration du 50^e anniversaire de l'OIT, la nouvelle Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de BIT et de l'UIT, ou CAPS, est inaugurée. Ce sera la dernière fois que le nom changera.

Une affiliation universelle, des prestations substantiellement accrues et une administration modernisée

La CAPS a connu plusieurs réformes majeures. Tout d'abord, l'extension déjà mentionnée de la couverture au personnel des projets sur le terrain et aux personnes à leur charge, qui ont adhéré en bien plus grand nombre que prévu. En 1971, l'adhésion volontaire a été étendue au personnel international du Centre international de perfectionnement professionnel et technique de l'OIT à Turin. Cinq ans plus tard, l'adhésion est devenue obligatoire pour tout le personnel de Turin, aux mêmes conditions que le personnel de Genève.

La CAPS est désormais un régime d'assurance universel couvrant toutes les catégories de personnel dans le monde. L'accès à l'assurance maladie s'est constamment amélioré, en particulier pour le personnel des bureaux extérieurs de l'OIT et des nombreux projets de coopération technique.

La deuxième réforme concernait les prestations. Après une nouvelle augmentation de la cotisation totale en 1969, qui est passée à 3 pour cent du

saire des fonctionnaires (4 pour cent du revenu des retraités), la CAPS se trouve dans une excellente situation financière, et les prestations ont été sensiblement améliorées.

La troisième réforme de cette époque visait à moderniser la gouvernance et l'administration de la CAPS. Le Comité exécutif a été rebaptisé Comité de

Un bref historique des prestations

L'histoire de l'assurance-maladie du BIT est celle d'une amélioration et d'une diversification continues des prestations. Mais chaque étape a donné lieu à des négociations conflictuelles lors desquelles le Comité exécutif a dû trouver un équilibre entre l'objectif de stabilisation financière du régime à long terme et les intérêts des membres à recevoir des prestations nouvelles et meilleures. Même en cas de crise financière, les prestations ont rarement été réduites et dans ce cas en général pour une durée limitée.



Traitement dans une clinique dentaire au Cambodge. Aujourd'hui, la CAPS assure un remboursement substantiel des frais dentaires dans le monde entier. © OIT

Jusqu'au milieu des années 1950, la structure des prestations était assez simple. Elle comprenait les honoraires des médecins, les frais de médicaments ainsi que l'hospitalisation et les cures, comme le séjour dans un sanatorium. Avant la généralisation des antibiotiques, ces cures étaient fréquemment prescrites pour aider les personnes en traitement ou en convalescence après une longue maladie, comme la tuberculose.

Le régime d'assurance-maladie du BIT offrait dès le départ un modeste remboursement des soins dentaires, avec un montant maximum fixe. Les représentants du personnel du BIT se sont constamment plaints de l'insuffisance de cette couverture. En particulier dans les années 1950, lorsque les Nations Unies et certaines de leurs agences ont offert au personnel et aux personnes à leur charge la possibilité de s'affilier volontairement à un régime de soins dentaires basé à New York, les représentants du personnel ont demandé instamment de meilleures prestations dentaires car (selon les comptes rendus de réunions de l'époque) «la carie dentaire était très répandue à Genève», tandis que le traitement était souvent «très long et fastidieux» et que la charge financière était extrêmement élevée pour le personnel. Malgré tout, l'amélioration des prestations dentaires n'a alors guère été significative.

Reflétant les progrès médicaux et technologiques, les coûts des examens de laboratoire et des radiographies ont fait l'objet de prestations en 1956. Des prestations limitées ont été accordées pour des «traitements spéciaux», tels que la psychothérapie, certaines vaccinations, la physiothérapie et les massages médicaux, sur prescription d'un médecin.

À partir du début des années 1970, les prestations ont été progressivement améliorées. Surtout, le taux de remboursement normal a été porté à 80 pour cent et appliqué uniformément à la plupart des actes médicaux (depuis 1922, ce taux était resté stable, à 75 pour

cent, malgré quelques réductions temporaires et partielles pendant la Grande Dépression et les années de guerre). Pour la première fois, les prestations pour les verres et lentilles optiques et les prothèses auditives ont été incluses, et le remboursement des soins dentaires a finalement été amélioré de manière significative avec l'introduction d'un taux uniforme de 75 pour cent (aujourd'hui 80 pour cent), qui a remplacé le système de remboursement basé sur les différents postes de soins dentaires.

Avec l'admission de toutes les catégories de personnel, un autre changement important et logique a été de ne plus baser les prestations sur les tarifs en vigueur à Genève, d'autant plus que les coûts médicaux sont considérablement plus élevés dans certains pays, comme les États-Unis et la République de Corée.

Malgré la grave crise qu'elle a traversée à la fin des années 1980, la CAPS a continué à adapter le barème des prestations aux besoins de ses membres. En 1988, deux nouvelles prestations ont été introduites : pour la réadaptation postopératoire et l'hébergement pour les soins infirmiers de longue durée, comme dans les institutions gériatriques. Le remboursement des soins infirmiers à domicile a été établi au cours des années suivantes. Étant donné que le coût des soins infirmiers de longue durée a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies et que le nombre de membres de la CAPS ayant besoin de ces soins va continuer à augmenter, l'amélioration et la consolidation de cette prestation seront une préoccupation majeure à l'avenir.

Les prestations se sont considérablement améliorées pour les voyages médicaux également. Dans les années 1950, les frais de transport n'étaient remboursés qu'à l'intérieur du canton de Genève. Mais cela a changé dans les années 1970, avec les assurés de

la CAPS travaillant dans des lieux d'affectation dans le monde entier, où les traitements appropriés, en particulier pour les maladies graves, n'étaient souvent pas disponibles. Aujourd'hui, l'application du principe du libre choix signifie que les membres de la CAPS peuvent se faire soigner dans le monde entier. Après approbation de son médecin-conseil, la CAPS prend en charge les frais de voyage vers le lieu le plus proche où se trouve un traitement adéquat, à condition qu'il ne puisse être trouvé sur le lieu de résidence. Le remboursement de certains examens préventifs (100 pour cent depuis 2016) et des vaccins sont d'autres exemples d'une gamme de prestations en constante progression.

Depuis sa création, l'assurance-maladie du BIT verse des prestations complémentaires pour aider les membres confrontés à de graves problèmes de santé et ayant atteint une limite de dépenses dans le cadre du taux de remboursement normal. Ces prestations complémentaires sont une expression claire et constante du principe de solidarité sur lequel repose la CAPS. En 2008, dans le cadre des importantes réformes de la CAPS, les prestations complémentaires ont été portées de 95 pour cent à 100 pour cent et le seuil au-delà duquel elles sont payables a été fixé en pourcentage du revenu de chaque membre. Par conséquent, le reste à charge est désormais plafonné à 5 pour cent de la rémunération annualisée des membres. Il s'agit d'une garantie importante qui réduit le besoin d'une assurance-maladie complémentaire commerciale.

Ce sont les prestations qui déterminent la qualité d'une assurance-maladie. Ce qui peut être remboursé et ce qui ne peut pas l'être restera, en fin de compte, une question d'équilibre entre quatre facteurs : i) le plus important, la situation financière de la caisse d'assurance-maladie, qui dépend des cotisations, des fluctuations des taux de change

et de l'évolution de la performance du fonds de garantie ;
ii) le développement général de la médecine, des modalités
de diagnostics en vigueur et des types de traitement ; iii) les
besoins des membres en matière de santé, qui dépendent de
leurs conditions de travail et de vie, ainsi que de leur mode
de vie ; iv) l'idée que l'on se fait de ce qui constitue une
« bonne santé ».



© Hôpital de Bangkok, Thaïlande



© Hôpital Aga Khan, Dar es-Salaam, Tanzanie



© Clínica Bíblica, San José, Costa Rica

gestion, et un Comité d'arbitrage a été créé pour examiner les cas controversés.

À partir de 1971, l'informatisation a été introduite pour l'enregistrement des membres ainsi que pour le calcul et le paiement de leurs prestations par la CAPS, ce qui a considérablement amélioré l'efficacité du traitement des demandes. Cela était important car le volume de travail avait considérablement augmenté avec l'affiliation de nouvelles catégories d'assurés.

► 3.5 Temps difficiles et ajustements nécessaires : 1977-2000

Au début des années 1970, la valeur du dollar par rapport au franc suisse – la monnaie dans laquelle la grande majorité des factures médicales étaient payées – a connu une baisse exceptionnelle. Lentement mais sûrement, la dépréciation a fait augmenter les dépenses de l'assurance-maladie en dollars.

La situation financière de la CAPS s'aggrava dramatiquement en 1977, lorsque les États-Unis se retirèrent de l'OIT pour des raisons politiques. Les États-Unis étant le principal bailleur de fonds des projets de coopération technique des Nations Unies, ce retrait a affecté de nombreuses activités de l'OIT sur le terrain. Les programmes d'assistance technique ont été réduits, ce qui a entraîné une diminution considérable du personnel des projets sur le terrain, qui est passé de 1 072 en 1975 à 801 en 1977. La rémunération du personnel professionnel a stagné, et les départs accélérés ont augmenté le pourcentage de membres retraités au sein de la CAPS.

STAFF HEALTH INSURANCE FUND

GUIDE

CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION
DE LA SANTÉ DU PERSONNEL

Ce «livret explicatif» a constitué une introduction utile à la CAPS, notamment pour les experts de terrain et les autres membres du personnel travaillant en dehors de Genève. © OIT

En 1977, une étude actuarielle a tiré la sonnette d'alarme lorsque les prestations ont dépassé les cotisations pour la première fois depuis des années, un dépassement de 16 pour cent. Le fonds de garantie ne pouvait couvrir que trois ou quatre mois de prestations. Pour faire face à cette situation difficile tout en préservant les prestations, une augmentation de 20 pour cent de la cotisation totale est entrée en vigueur en janvier 1978 (de 3 pour cent à 3,6 pour cent). Cette «mesure corrective», comme l'a appelée le Comité de gestion, a donné les résultats escomptés et a permis de stabiliser le régime.

En parallèle, les efforts se sont poursuivis pour rationaliser l'administration de la CAPS et le traitement des demandes, conformément à l'objectif de faire plus avec moins de personnel. Les ressources en personnel du secrétariat de la Caisse étant insuffisantes pour garantir un délai de traitement raisonnable des demandes, on a institué le codage des demandes par les membres de la CAPS, c'est-à-dire

qu'ils remplissent eux-mêmes les formulaires de demande. Et l'informatisation se poursuit et des terminaux informatiques sont installés à la fin de 1977. La formation du personnel commence et, à la mi-1978, le système informatisé est pleinement opérationnel. Le pourcentage d'erreurs diminue. Un nouveau formulaire de demande est introduit et un guide explicatif est publié pour aider les membres de la CAPS à remplir leurs demandes. Pourtant, l'informatisation des statistiques sur les membres a pris du retard, alors qu'il s'agissait d'un outil important pour l'exactitude des calculs et des projections actuarielles.

Le retour des États-Unis au sein de l'OIT en 1980 a entraîné une augmentation du personnel, qui fut favorable. Le franc suisse s'est renforcé par rapport au dollar, l'inflation a ralenti et, dans de nombreux pays, la situation économique s'est stabilisée. Grâce à ces évolutions, la CAPS a navigué pendant un certain temps en eaux calmes. Le nombre de ses membres a augmenté lentement mais sûrement, et les dépenses médicales sont restées plutôt stables.

S'attaquer aux multiples causes de la crise de la fin des années 1980 et du début des années 1990

L'accalmie n'a pas duré longtemps. À la fin des années 1980, la CAPS a de nouveau connu des problèmes dramatiques en raison de la dévaluation du dollar au milieu de la décennie, de la stagnation des salaires, de l'augmentation des coûts médicaux dans le monde entier et du nombre croissant de membres retraités dont les prestations dépassaient souvent leur cotisation.

Parallèlement à ces évolutions, plusieurs problèmes de gestion administrative et financière ont

indirectement aggravé la crise. Il s'est avéré que la CAPS n'avait aucune vue d'ensemble du montant exact des cotisations versées et des revenus générés par le fonds de garantie. Il n'y avait pas de preuve de paiement appropriée et des cas de fraude se produisaient, notamment en dehors de Genève. Pour faire face à la crise, la cotisation totale a dû être augmentée en 1986, passant de 3,6 pour cent à 4 pour cent.

Mais ce n'était pas suffisant. En 1988, pour la première fois de son histoire, la CAPS était proche de l'insolvabilité. Les réserves statutaires étaient réduites au minimum d'un mois de prestations. La première réponse a consisté en une nouvelle augmentation de la cotisation totale, de 4 pour cent à 4,6 pour cent, puis à 5,2 pour cent en 1989 et 5,6 pour cent en 1990. Il s'agissait d'augmentations substantielles mais justifiables, étant donné que la plupart des régimes d'assurance-maladie comparables en Suisse ont doublé ou triplé leurs primes d'assurance au cours de la même période. En outre, mais pour une seule année et la seule fois dans l'histoire de la CAPS, les membres établis en Europe ont dû accepter une petite franchise.

Une solution viable a été trouvée pour les fonctionnaires retraités, avec l'augmentation de leur contribution totale à 8,4 pour cent. Alors qu'ils paient la même cotisation que les fonctionnaires en activité (2,8 pour cent), les administrations de l'OIT et de l'UIT couvrent les deux tiers restants, ce qui représente un soutien substantiel et une adaptation nécessaire aux changements démographiques. Ensemble, ces mesures ont permis de stabiliser la situation financière de la CAPS tout en maintenant le niveau des prestations.

La gestion administrative et financière s'est sensiblement améliorée au tournant des années 1990. Pour prévenir les irrégularités, une exigence de

preuve de paiement a été introduite dans les règles administratives, bien qu'elle ait suscité des discussions concernant les petites factures. La pratique courante consistant pour les fonctionnaires retraités à verser leur cotisation par transfert bancaire, qui entraînait généralement des retards, a été remplacée en 1995 par un prélèvement automatique mensuel sur leur pension.

Afin d'accélérer le traitement des demandes malgré une capacité administrative réduite et un nombre de demandes toujours plus important, un système informatisé d'assurance santé a été mis en place dans les années 1990. Il a fallu plusieurs années, de nombreux échecs et des efforts financiers considérables pour que le passage de l'ancien système

Privatiser la CAPS pour gagner en efficacité ?

L'augmentation des frais médicaux, la stagnation des salaires, le vieillissement des membres, mais aussi les coûts administratifs élevés et la lenteur du traitement des demandes de remboursement ont donné lieu à d'intenses débats dans les années 1990 sur le rapport coût-efficacité de la CAPS et sur les moyens de l'améliorer. Trois scénarios ont été envisagés : i) privatisation de la CAPS, qui en ferait un régime d'assurance-maladie à but lucratif, avec des primes dépendant des profils de risque et des restrictions concernant les maladies préexistantes; ii) externalisation du traitement des demandes de remboursement vers une société privée afin de bénéficier d'une plus grande expertise professionnelle et d'un meilleur soutien technologique, tandis que la supervision et le risque resteraient entre les mains du BIT ; iii) délocalisation de l'administration de la CAPS vers un bureau de l'OIT situé dans une autre région du monde, avec une main-d'œuvre administrative locale qualifiée mais moins coûteuse.

Le Comité de gestion voulait éviter la privatisation, que l'administration du BIT avait effectivement envisagée à la fin des années 1990, au grand dam des représentants du personnel du BIT et de l'UIT. Un argument important contre cette privatisation était que la CAPS était un régime mutuel, détenu pour moitié par les membres du personnel. Par conséquent, elle ne pouvait pas être privatisée par une décision unilatérale des administrations du BIT et de l'UIT.

Le deuxième scénario – l'externalisation et la sous-traitance des opérations de la CAPS – a fait l'objet d'une vive controverse en 2000. Ce scénario a été évité, grâce à la « ferme résistance du Comité de gestion », selon le magazine syndical UNION. Mais il a été remis, sans succès, sur la table en 2006, lorsque la CAPS a été confronté à une nouvelle situation financière difficile.

Entre-temps, le volume des demandes de remboursement provenant du monde entier n'a cessé d'augmenter et leur traitement a pris de plus en plus de temps. Pour résorber les arriérés, la CAPS a eu recours aux heures supplémentaires du personnel chargé de traiter les demandes, mais ce n'était pas une solution à long terme. Pour compliquer les choses, la plate-forme technologique du système informatisé d'assurance santé vieillissait.

En 2010, l'Administration du BIT a commandé une étude de faisabilité au cabinet de conseil Dalberg Global Development Advisors. L'objectif était d'analyser les gains d'efficacité potentiels liés au transfert de fonctions des services financiers du BIT (paie du personnel) et



Le magazine UNION a informé les membres du personnel de l'OIT des projets d'externalisation.

© OIT

du règlement des demandes de remboursement de la CAPS vers les bureaux extérieurs du BIT.

Cette étude a permis de préciser que la décentralisation ne convenait à aucun des deux services. En ce qui concerne le CAPS, la langue était un obstacle à la délocalisation des services à l'étranger (la plupart des demandes provenaient de la région de Genève en français, par exemple).

La même année, le cabinet Dalberg a été chargé d'une étude de suivi sur le potentiel de l'externalisation du traitement des demandes de remboursement au secteur privé. Dalberg a utilisé des informations provenant de compagnies d'assurance privées et a interrogé cinq organisations internationales (dont le CERN et l'UNESCO), qui disposaient d'un régime d'assurance-maladie similaire mais avaient externalisé le traitement des demandes de remboursement. Le comité de gestion a conclu que le rapport Dalberg ne fournissait pas suffisamment de preuves établissant un avantage financier majeur de l'externalisation, tandis que certains des inconvénients avaient été sous-estimés.

Avec la numérisation actuelle du travail administratif, les possibilités de le délocaliser ou de l'externaliser continueront probablement à faire l'objet de débats.

informatique IBM au nouveau système soit enfin achevé en 1999. Deux ans plus tard, le site web de la CAPS a été lancé en trois langues.

Malgré ces progrès, le résultat opérationnel a continué à baisser. Des évolutions à long terme et inquiétantes ont donné au Comité de gestion de nombreuses raisons de s'inquiéter : augmentation des frais médicaux, stagnation des salaires, déclin lent mais continu du nombre de cotisants, notamment dans les projets de coopération technique,

augmentation constante de la proportion de membres retraités et coûts administratifs élevés. Ces évolutions ont suscité un vif débat sur la manière de rendre la CAPS plus efficiente.

Ce débat a eu lieu alors que les politiques sociales étaient reconsidérées dans de nombreux pays du fait de l'augmentation de la dette et des coûts de l'aide sociale. La montée des politiques économiques néolibérales a conduit à la privatisation de certains services publics, en particulier de la sécurité sociale et des soins de santé, ce qui a entraîné une individualisation accrue des risques, y compris des risques sanitaires. Ce changement de paradigme, contraire au principe de justice sociale de l'OIT, s'est reflété dans les débats politiques de l'OIT et a également affecté les débats sur l'avenir de la CAPS. Certaines propositions radicales ont émergé. Les taux de cotisation pourraient, par exemple, être basés sur l'âge et l'état de santé plutôt que sur le salaire, comme cela se faisait dans de nombreux régimes privés d'assurance-maladie.

Ces idées ont été fermement rejetées par le comité de gestion en raison du conflit évident avec les principes d'égalité et de solidarité. Pourtant, les propositions se sont poursuivies, y compris les tentatives de privatisation de la CAPS ou du moins de décentralisation de certaines de ses fonctions administratives.

► 3.6 Garder le cap – La CAPS au XXI^e siècle

S'adapter à des sociétés en mutation

Alors que le monde entre dans le XXI^e siècle, l'OIT et la CAPS doivent s'adapter à l'évolution des sociétés.

Dans de nombreux pays, et de plus en plus, le modèle traditionnel du soutien de famille, qui avait servi de base aux politiques sociales et aux conventions de l'OIT sur la sécurité sociale, est remis en question. Les modèles familiaux se sont diversifiés et de forts mouvements anti-discrimination ont poussé les gouvernements à reconnaître les partenariats en dehors du mariage traditionnel, y compris ceux entre personnes de même sexe.

En mars 2004, les Nations Unies ont reconnu légalement les partenariats domestiques. Cette politique concernait les partenariats entre personnes de même sexe et les couples hétérosexuels en dehors des notions traditionnelles de mariage. Les agences des Nations Unies ont adapté leurs politiques au cours des années suivantes. En 2006, le règlement du personnel du BIT a reconnu les partenaires des fonctionnaires vivant en partenariat domestique, y compris les unions homosexuelles, comme des « conjoints » si la législation de leur pays d'origine prévoyait des avantages et des droits comparables pour le statut de « partenariat domestique » à ceux du mariage (il s'agit d'une limitation qui reste fortement critiquée mais qui se maintient). Cette reconnaissance signifiait que les fonctionnaires du BIT en partenariat domestique ainsi que les personnes à leur charge pouvaient prétendre à l'affiliation à la CAPS (en fonction de leur pays d'origine).

Importantes réformes de la CAPS

Pour la première fois depuis 1987, la CAPS a enregistré un déficit net d'exploitation en 2000, qui s'explique principalement par l'augmentation générale des coûts de la santé en Suisse et par l'évolution démographique. Les mesures de maîtrise des coûts ont pris une importance particulière, en tant que telles et pour montrer aux conseils d'administration du



L'élimination de tout type de discrimination sur le lieu de travail, y compris la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, était l'un des quatre droits fondamentaux de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail de 1998. Elle avait été consacrée par la [convention \(n°111\)](#) concernant la discrimination (emploi et profession), 1958, de l'OIT. © OIT

BIT et de l'UIT que des efforts ont été faits pour réduire les dépenses. En 2001, un groupe de travail a commencé à examiner cette question qui, bien que n'étant pas nouvelle, était devenue urgente.

Au cours des années suivantes, la situation s'est aggravée et les études actuarielles prévoyaient que le déficit finirait par entraîner l'épuisement du fonds de garantie en 2008. Les cotisations étant restées stables depuis 1990, la première réponse a consisté à augmenter une nouvelle fois la cotisation versée par les membres de la CAPS, de 2,8 pour cent à 3,3 pour cent en janvier 2006.

Dans une perspective de stabilisation financière à plus long terme, plusieurs réformes ont été progressivement mises en place. La plus importante a été l'introduction de cotisations distinctes pour les personnes à charge assurées automatiquement : en janvier 2008, pour les conjoints à charge, à hauteur de 30 pour cent de la cotisation de l'assuré, et en janvier

2010 pour les enfants à charge, à hauteur de 10 pour cent de la cotisation de l'assuré pour un enfant et de 20 pour cent pour deux enfants ou plus. De cette manière, un membre, avec son conjoint et deux enfants, payait une cotisation de 4,95 pour cent, contre un taux de base de 3,3 pour cent, l'administration contribuant pour le même montant. La décision de demander aux familles un effort supplémentaire reposait sur une analyse actuarielle minutieuse effectuée par le Département de la Sécurité sociale du BIT. Elle est restée compatible avec les dispositions de la [Convention \(n°102\) concernant la sécurité sociale \(norme minimum\), 1952](#). Celle-ci stipule : « Les personnes protégées doivent comprendre [...] les épouses et les enfants » (article 9), mais que « les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elles n'entraînent pas une charge trop lourde » (article 10.2).

Le 1^{er} mai 2014, un chapitre important de l'histoire de l'assurance-maladie du BIT s'est refermé – ce n'était plus un régime commun. L'UIT a décidé de le quitter en raison de sa structure démographique moins favorable et parce que, souvent, les cotisations ne couvraient pas les prestations versées à ses fonctionnaires. Cette situation avait suscité des tensions pendant un certain temps, de nombreux problèmes ayant été réglés par arbitrage. L'UIT a commencé par assurer son personnel auprès d'une compagnie d'assurance privée, pour ensuite revenir à un régime mutualiste en 2020, en rejoignant le régime d'assurance-maladie du personnel des Nations Unies.

Au cours de la dernière décennie de son histoire centenaire, la CAPS a continué à protéger son personnel et à améliorer ses prestations dans un contexte en constante évolution. Elle l'a fait en n'augmentant que légèrement le taux de base de chaque membre, passant de 3,3 pour cent à 3,55 pour cent (en 2017).

Un siècle de maîtrise des coûts

La viabilité d'une assurance-maladie dépend de l'équilibre entre les dépenses et les recettes. Maintenir cet équilibre est une tâche complexe. En temps de crise, lorsque les dépenses dépassent les recettes, il n'y a que deux stratégies pour faire face : augmenter les cotisations et/ou réduire les prestations. Cependant, dans une perspective à long terme, il est nécessaire de contenir les coûts médicaux.

La mesure la plus évidente est la prévention des maladies. Après tout, des membres en bonne santé sont la meilleure garantie d'un régime d'assurance financièrement sain.

Dès les premières années, les conseillers médicaux du BIT ont fourni des informations au personnel sur la manière de se maintenir en bonne santé, souvent dans le magazine du syndicat du personnel. En 1930, par exemple, le Dr Léon Weber-Bauler mettait en garde les fonctionnaires du BIT, travailleurs intellectuels par excellence et donc sujets à l'asthénie nerveuse. Ils doivent adopter des habitudes saines, déclare-t-il, et « éliminer la paperasse inutile, qui ne fait que générer de la poussière, ouvrir les fenêtres, faire de l'exercice 'comme les Britanniques' et limiter les distractions nocturnes afin de bien dormir ».

Avec la constitution de la nouvelle CAPS en 1969, les soins médicaux préventifs ont été inclus dans le système de prestations. Dans les années 1960 et 1970, alors que de plus en plus de fonctionnaires du BIT travaillaient sur le terrain, le médecin-conseil mettait régulièrement en garde contre les risques sanitaires liés au travail dans certaines conditions climatiques. Depuis lors, les connaissances en matière de prévention n'ont cessé de progresser sur la base de nouvelles preuves scientifiques. Le personnel du BIT peut obtenir toute une série d'informations sur la manière de



Le D^r Léon Weber-Bauler, sur des skis en hiver 1938, était un modèle pour le personnel du BIT qui manquait souvent d'activités régulières en plein air.
© OIT

diminuer des risques de santé aussi courants que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies liées à la santé mentale.

En 2015 et pour la première fois dans l'histoire de la CAPS, le Comité de gestion a estimé que la prévention devait faire partie intégrante de la politique et que certains examens préventifs (tels que les mammographies et les coloscopies) et la vaccination contre la grippe devaient être remboursés à 100 pour cent.

Une autre stratégie importante de limitation des coûts a consisté à travailler sur l'offre des soins médicaux, par exemple en trouvant un accord avec la communauté médicale de Genève, où la plupart des dépenses continuent d'être effectuées.

En 1923, grâce aux bonnes relations du D^r Weber-Bauler avec les médecins locaux, un modus vivendi fut trouvé avec l'Association des médecins du canton de Genève. Les médecins s'engagent à fournir au personnel du BIT le meilleur traitement dans des

conditions équitables, et donc à ne pas leur faire payer plus que leurs patients genevois. Ils ont toutefois refusé toute obligation formelle à cet égard.

Ce *modus vivendi* a été reconduit au début des années 1950 mais est resté tout aussi « non contraignant » qu'avant la seconde guerre mondiale.

Étant donné qu'il n'a jamais été possible de parvenir à un accord substantiel avec des honoraires médicaux fixes, il n'y avait que deux solutions : i) le contrôle des factures médicales pour détecter les frais excessifs ou ii) une décision préalable du Comité de gestion quant au fait qu'un traitement est justifié ou relève du luxe. Dans les premières années, le médecin-conseil avait un rôle crucial à cet égard, tout comme l'infirmière du BIT. Elle devait signaler « les suspicions de traitement inadapté par les médecins des patients ». Jusque dans les années 1960, les membres du personnel devaient soumettre au Comité un formulaire détaillant chaque visite chez le médecin et demander l'approbation du médecin-conseil pour tout traitement plus long.

Avec l'augmentation du nombre de membres, ces contrôles stricts n'étaient plus praticables. Cependant, aujourd'hui encore, le règlement administratif stipule que le Comité de gestion peut réduire le remboursement lorsqu'il estime, après consultation du médecin-conseil, que certaines dépenses sont excessives. Et pour certains types de traitements coûteux, l'approbation du Comité de gestion reste nécessaire.

Une autre approche de la maîtrise des coûts axée sur l'offre consiste à réduire les dépenses de médicaments. À partir des années 1920 et jusque dans les années 1950, les membres de l'assurance-maladie du BIT ont bénéficié de réductions dans les pharmacies coopératives de Genève. Avec les progrès pharmaceutiques et la progression du caractère scientifique de la médecine après la seconde guerre mondiale,

le remboursement des produits paramédicaux, qui étaient apparemment prescrits fréquemment pour traiter des affections mineures ou chroniques, a été limité parce que leur efficacité ne pouvait pas être prouvée scientifiquement.

Depuis lors, le secrétariat de la CAPS tient à jour une liste des produits non remboursables. Aujourd'hui, un médicament considéré comme non remboursable en Suisse et en France peut être remboursé lorsqu'il est reconnu dans le cadre du système général d'assurance-maladie du pays, autre que la Suisse ou la France, dans lequel le médicament a été prescrit.

Le domaine le plus important de la maîtrise des coûts était et reste les soins en institution (traitement médical et hébergement dans les hôpitaux). En 2000, il est devenu le secteur de dépenses le plus important. Dès le début des années 1980, l'OIT et d'autres organisations internationales basées à Genève ont compris qu'il était nécessaire d'unir leurs forces pour négocier des tarifs acceptables avec les hôpitaux privés. Ces efforts se sont intensifiés et ont abouti à une collaboration bien établie à cette fin entre la CAPS et les régimes d'assurance-maladie, du CERN, de l'OMS et de l'ONUG.

Il est plus difficile de trouver des accords avec des prestataires de soins médicaux hors de la région Genevoise. La CAPS a récemment mis en place un partenariat avec une entité privée reconnue pour offrir à ses membres un réseau de prestataires de soins de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient, notamment pour les hospitalisations non urgentes. Cela a permis à la CAPS de réaliser des économies tout en facilitant l'accès aux soins.

Au cours des deux dernières décennies, les stratégies de maîtrise des coûts du côté de l'offre ont gagné en efficacité. Cependant, le succès de cette approche dépend des membres de la CAPS. En 2006, alors que

la situation financière était (à nouveau) critique, le Comité de gestion a souligné : « Il nous appartient à tous de veiller à jouer notre rôle dans la maîtrise des coûts en remettant en question les frais figurant sur nos factures médicales qui nous semblent inexacts ou déraisonnables ».

La maîtrise des coûts a également une dimension liée à la demande. Le comité de gestion de la CAPS a toujours été opposé à l'idée d'empêcher les membres de la CAPS d'utiliser certains prestataires de soins de santé, ou encore d'organiser directement la prestation de soins de santé de base dans le cadre de l'OIT et/ou des Nations Unies ; des solutions qui auraient contredit le principe fondamental du libre choix du prestataire de soins de santé. En revanche, elle a proposé d'autres solutions pour réduire les coûts, notamment en ce qui concerne les soins en institution (remboursement à 100 pour cent des frais d'hospitalisation en cas de séjour en chambre commune ou remboursement des soins à domicile comme alternative aux soins hospitaliers). En fin de compte, la CAPS ne peut continuer à fournir un programme complet de prestations que si tous les membres s'approprient l'effort de maîtrise des coûts.

Chiffres et tendances en bref

L'histoire quantitative du CAPS n'est pas une chose facile à reconstituer. En raison des progrès technologiques en matière de collecte et d'analyse des données, les premières statistiques ne sont pas compatibles avec celles dont on dispose aujourd'hui. Et ce qui était mesuré a changé au fil du temps. Par exemple, les données sur les affiliations étaient ventilées par sexe jusqu'en 1950, date à laquelle l'accent a été mis sur le type d'assuré (personnel actif, ancien personnel, membres de la famille) et

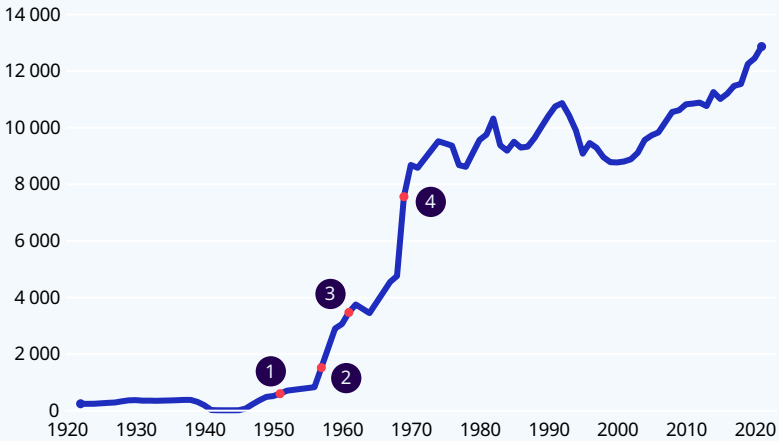
le lieu de résidence. Les dépenses ont été calculées jusqu'en 1967 en francs suisses et non en dollars. Les quatre figures suivantes donnent une idée des grandes tendances en matière d'affiliation, de taux de cotisation, d'évolution financière et de dépenses moyennes par personne assurée au BIT (note : les données pour les années 1940-1947 ne concernent que l'effectif réduit resté à Genève).

Cette première figure illustre l'expansion de la CAPS au cours de ses 100 ans d'histoire. Au début, le nombre de membres cotisants était identique au nombre total de membres protégés (car les membres de la famille n'étaient pas couverts). Le système simple à deux catégories a cessé à partir de 1958. L'augmentation du nombre de membres est clairement visible et reflète deux évolutions : l'extension de la couverture pour inclure les retraités et les personnes à charge ainsi que divers groupes de personnel, et l'expansion géographique des activités de l'OIT dans les années 1960 et 1970 vers les pays en développement.

La deuxième figure montre l'évolution des taux de cotisation depuis 1958, date à laquelle on est passé d'une cotisation fixe par tranche de salaire à un taux unique de cotisation calculé en pourcentage du salaire de chaque membre du personnel. Le taux de cotisation des fonctionnaires n'a cessé d'augmenter au fil du temps. La hausse a été particulièrement forte suite à l'abandon du taux de cotisation unique en 2008 et à la création de taux de cotisations spécifiques pour les conjoints et enfants dépendants. Toutefois, les cotisations sont également restées stables pendant de longues périodes (16 ans entre 1990 et 2005, par exemple).

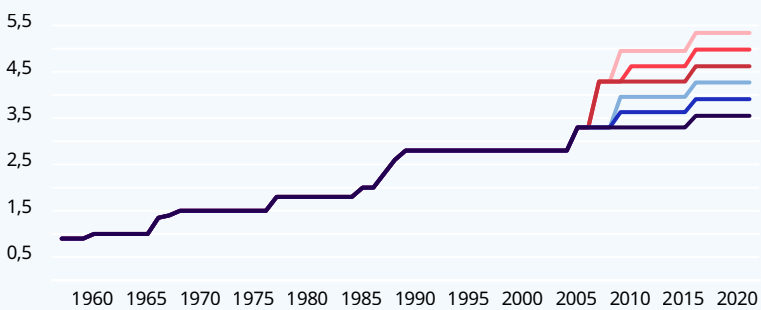
Une tendance continue à la hausse caractérise également l'évolution financière de la CAPS depuis 1967, date à laquelle le système comptable est passé au dollar. La phase critique a été le milieu des

► **Figure 1. Membres assurés (BIT seulement), 1922-2021**



- ❶ 1951: Les retraités restent assurés
- ❷ 1958 : Les membres de la famille sont assurés
- ❸ 1961: Le personnel local des bureaux du BIT hors de Genève est assuré
- ❹ 1969 : Le personnel des projets sur le terrain et leurs familles sont couverts.
Le personnel du centre de formation de l'OIT à Turin est affilié à partir de 1971

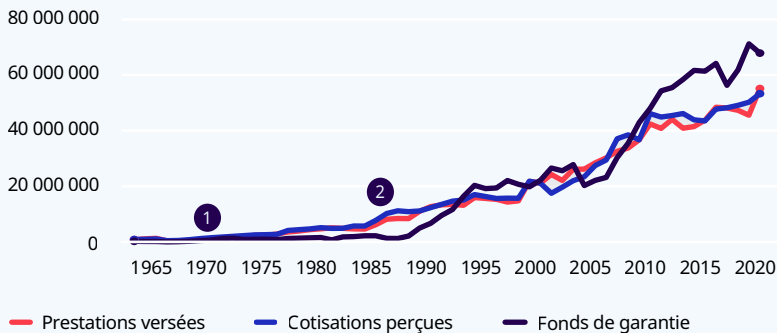
► **Figure 2. Taux de cotisation des fonctionnaires en activité, 1958-2022**



- Personnel sans personne à charge
- Personnel ayant un enfant à charge
- Personnel ayant deux enfants ou plus à charge
- Personnel ayant un conjoint à charge
- Personnel ayant un conjoint et un enfant à charge
- Personnel ayant un conjoint et deux enfants ou plus à charge

années 2000, lorsque les dépenses ont dépassé les recettes (les contributions et les revenus générés par le fonds de garantie) pendant plusieurs années, et que le fonds de garantie était proche de son minimum légal. Globalement, cette troisième figure montre que la CAPS a toujours réussi à éviter une divergence entre les contributions et les dépenses. On peut également déduire de cette tendance que le fonds de garantie a eu un rôle tampon pour éviter des mesures urgentes et drastiques.

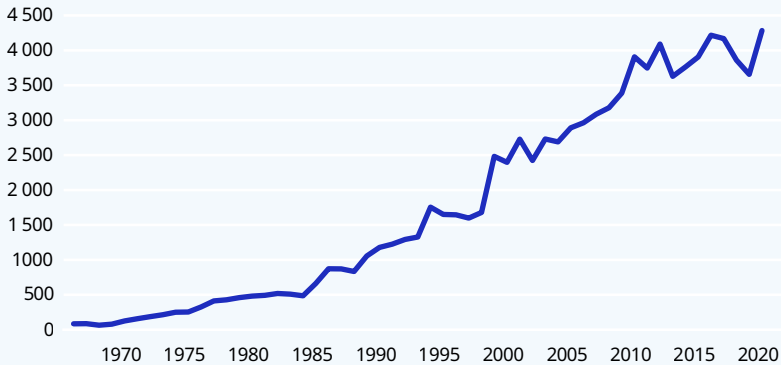
► **Figure 3. Recettes, dépenses et fonds de garantie, 1967-2021**
(en dollars des États-unis)



- 1 1971: les dépenses dépassent pour la première fois 1 million de dollars
- 2 1987: les dépenses dépassent pour la première fois 10 millions de dollars

La quatrième figure montre l'évolution des coûts annuels moyens depuis 1967. Les dépenses ont commencé à augmenter fortement au milieu des années 1980 et n'ont cessé d'augmenter depuis. Il y a plusieurs raisons à cela, dont les plus importantes sont l'évolution des coûts médicaux en général et le nombre croissant de membres âgés.

► **Figure 4. Dépenses moyennes par membre assuré, 1967-2021 (en dollars des États-Unis)**



Note : Les données de ces graphiques ont été compilées à partir des rapports annuels et des états financiers de la CAPS. Des sources différentes donnent parfois des données différentes pour la même année. Les auteurs ont fait de leur mieux pour n'utiliser que des données qui semblaient cohérentes.



4

**Merci la CAPS !
Trois témoignages**

► De Madagascar

Je travaille au bureau de l'OIT à Antananarivo, à Madagascar. Je suis marié et nous avons deux grands enfants. Tout d'abord, je tiens à féliciter la CAPS pour son 100^e anniversaire. Félicitations à tous les collègues dévoués de la CAPS qui ne ménagent pas leurs efforts pour servir le bien-être de leurs collègues et de leurs familles respectives dans le monde entier.

Ma famille et moi avons vécu des moments très difficiles sur le plan de la santé. Plus d'une fois, je ne voyais plus la lumière au bout du tunnel. Dans chacun de ces moments, la CAPS a toujours été là pour nous soutenir, pour nous aider à trouver des solutions de soins, notamment pour mon mari. Nous avons toujours pu compter sur le professionnalisme et l'approche centrée sur l'humain des équipes de CAPS et du Département des ressources humaines.

Au nom de ma famille et de moi-même, je vous remercie infiniment pour votre soutien inconditionnel. Vous êtes tout simplement extraordinaires.

Vive la CAPS !

► Depuis Bangkok

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à la CAPS à l'occasion de son centenaire. Pendant la longue maladie de mon mari, les collègues de la CAPS m'ont apporté un soutien constant en matière de traitement médical, de fournitures médicales et d'équipement. Ils m'ont donné des conseils pour que mon mari reçoive le meilleur traitement possible. Les collègues de la CAPS ont non seulement pris en charge tous les problèmes liés aux soins médicaux, mais ils ont également apporté un soutien moral

inestimable pendant notre lutte pour aider mon mari. Lorsque sa maladie est arrivée en phase terminale, je me suis à nouveau tournée vers la CAPS pour obtenir l'équipement médical et les soins infirmiers nécessaires afin que mon mari puisse rester à la maison avec moi et se sentir le plus à l'aise possible, puisque c'était son dernier souhait. Je suis très reconnaissante au CAPS d'avoir rendu cela possible pour nous. Je n'aurais pas pu traverser tout cela seule sans leur soutien.

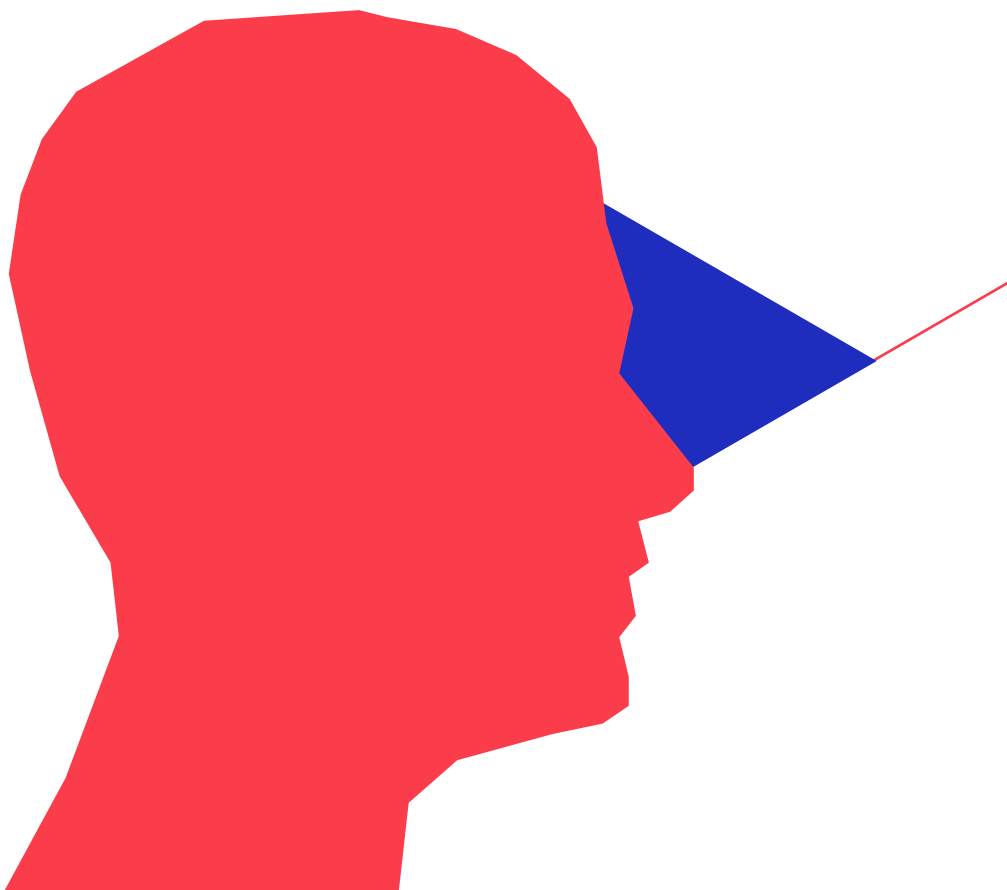
J'ai été témoin de nombreux autres cas critiques où la CAPS a apporté un soutien. Par exemple, en accordant des avances de paiement aux institutions médicales. Cela permet de réduire le stress des membres de la CAPS et de leurs familles. La réactivité de la CAPS face aux cas critiques fait une grande différence par rapport à la qualité du service fourni par les compagnies d'assurance. En effet, la CAPS ne se contente pas de fournir des prestations médicales, elle remplit un devoir d'attention et c'est là le plus important.

Merci à tous les collègues de la CAPS.

► De Genève

Dans mon pays d'origine, j'avais suivi une psychothérapie en raison de la mort soudaine de mon père. Mais les séances auxquelles j'avais droit ont rapidement pris fin. Je suis reconnaissant d'avoir pu reprendre les séances après avoir rejoint le BIT et avoir été couvert par la CAPS. Les crédits annuels pour la psychothérapie ont fait une différence positive dans ma vie.

De plus, contrairement à d'autres régimes d'assurance-maladie, la CAPS nous a permis, à ma conjointe et moi, de demander un traitement de fécondation in vitro au-delà des limites d'âge généralement convenus. Nous sommes maintenant les heureux parents d'un enfant heureux !



5

**Dernières réflexions
pour le siècle à venir**

Depuis 1922, la CAPS offre une protection au personnel de l'OIT, aux fonctionnaires retraités et à leurs familles dans le monde entier. Elle a continué à répondre aux défis traditionnels du secteur de l'assurance-maladie – augmentation des coûts de santé, part croissante d'assurés âgés et fluctuation des taux de change – ainsi qu'à la croissance zéro des budgets de l'OIT.

La CAPS est devenue de plus en plus consciente des défis auxquels sont confrontés les assurés dans les différentes régions où œuvre l'OIT. Elle a développé de nouveaux outils pour répondre à leurs besoins spécifiques, qui restent l'une des priorités de sa stratégie de service à ses membres.

Des défis sans précédent sont survenus, tels que la pandémie de COVID-19. La CAPS a remboursé les dépenses pour les tests prescrits par les médecins et les vaccinations ainsi que les dépenses afférentes aux problèmes de santé dus aux conséquences à long terme de la maladie, comme aux mesures prises pour maîtriser la pandémie.

À l'avenir, la CAPS devra s'adapter aux conséquences sanitaires du changement climatique, qui touchent particulièrement les membres du personnel travaillant dans les pays du Sud. Et la numérisation croissante du travail au sein de l'OIT s'accompagnera de son propre lot de problèmes de santé, pour lesquels les fonctionnaires auront besoin de soins médicaux.

Enfin, les sociétés évoluent et avec elles le débat sur la question de savoir si certains traitements médicaux doivent être remboursables et donc payés par la communauté de tous les membres de la CAPS, conformément aux valeurs des droits de l'homme qui sont celles de l'OIT et au principe de solidarité du régime.

Ces valeurs et principes continueront à guider le Comité de gestion alors que le CAPS entre dans son deuxième siècle. L'histoire du régime reflète l'importance d'impliquer tous les membres assurés pour concevoir son avenir. Les possibilités d'innover dans son modèle de fonctionnement seront importantes pour assurer la viabilité financière de la CAPS pour les générations actuelles et futures de fonctionnaires de l'OIT. Par-dessus tout, la bonne gouvernance, la transparence et une approche consciente du coût des soins de santé de la part de tous les membres assurés seront déterminantes pour la viabilité de la CAPS.

Faire avancer la justice sociale, promouvoir le travail décent

L'Organisation internationale du Travail est l'institution des Nations Unies spécialisée dans les questions liées au monde du travail.

Elle rassemble gouvernements, travailleurs et employeurs autour d'une approche de l'avenir du travail centrée sur l'humain, en soutenant la création d'emplois, les droits au travail, la protection sociale et le dialogue social.

Au cours de son siècle d'existence, la CAPS a évolué, passant d'un régime d'assurance-maladie initialement réservé aux fonctionnaires en service au siège à la couverture de tous les fonctionnaires, à Genève comme sur le terrain, mais aussi des anciens fonctionnaires quel que soit leur lieu de résidence, ainsi que de leur famille. L'accès du personnel sur le terrain à des soins de santé de qualité a été un domaine d'action particulièrement prioritaire pour la CAPS, qui est restée fidèle à ses principes fondateurs : la solidarité entre les assurés se trouvant dans des situations différentes, sans considération de leurs revenus, de leur état de santé ou de leur âge ; une gouvernance conjointe associant les représentants du Directeur général et les représentants des assurés.

ilo.org

Bureau international du Travail
Route des Morillons 4
1211 Genève 22
Suisse