



## Conseil d'administration

326<sup>e</sup> session, Genève, 10-24 mars 2016

GB.326/PFA/4(&Corr.)

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

PFA

Date: 4 mars 2016

Original: anglais

### QUATRIÈME QUESTION À L'ORDRE DU JOUR

## Le point sur l'assurance-maladie après la cessation de service

#### Objet du document

Le présent document fait le point sur l'examen de l'assurance-maladie après la cessation de service et des charges que les organismes des Nations Unies ont à payer à ce titre, et propose des mesures propres à réduire le montant de ces charges sur le moyen terme, voire le long terme.

**Objectif stratégique pertinent:** Sans objet.

**Incidences sur le plan des politiques:** Aucune.

**Incidences juridiques:** Aucune

**Incidences financières:** Aucune incidence immédiate.

**Suivi nécessaire:** Faire rapport au Conseil d'administration à sa session suivante.

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

**Documents connexes:** GB.322/PFA/2, tableaux 3 et 4, paragr. 31 et 44; documents de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/68/244; A/70/590, paragr. 18 à 21, paragr. 40, paragr. 45 à 49; A/RES/69/251.



## Introduction

1. A sa 322<sup>e</sup> session (novembre 2014), le Conseil d'administration a examiné un document <sup>1</sup> offrant un aperçu général de l'assurance-maladie après la cessation de service au BIT, ainsi que de l'évolution des charges à payer à ce titre, et présentant des solutions envisageables pour financer ces charges.
2. Commentant ce document, des membres du Conseil d'administration ont jugé préoccupant qu'on se soucie davantage du financement des obligations contractées que des moyens d'en réduire le montant, et ont demandé un complément d'information sur divers aspects de l'assurance-maladie après la cessation de service. Le Bureau a informé le Conseil d'administration qu'un groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur l'assurance-maladie après la cessation de service a été constitué pour donner suite à une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies; le mandat qui lui est confié couvre presque tous les points soulevés par le Conseil d'administration. Le Conseil d'administration est convenu d'attendre les résultats de l'examen de la question par l'Assemblée générale, à sa soixante-dixième session, afin de garantir une approche harmonisée de ce sujet qui concerne l'ensemble du système des Nations Unies, mais il a demandé que lui soit soumis, à sa présente session, un document faisant le point de la situation.
3. Le présent document rend compte ci-après du contenu du rapport qui a été soumis à l'Assemblée générale sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service <sup>2</sup>, en indiquant ce qu'il en est à cet égard pour le BIT. Au moment de l'élaboration de ce document, l'Assemblée générale n'avait pas encore examiné la question plus avant.

## Rappel des faits

4. L'examen par le Conseil d'administration de la question de l'assurance-maladie après la cessation de service fait suite aux recommandations formulées par le Commissaire aux comptes et le Comité consultatif de contrôle indépendant, à savoir que le BIT étudie d'autres options pour financer à long terme les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, recommandations auxquelles tant le Bureau que le Conseil d'administration ont souscrit. L'Assemblée générale mène une démarche similaire.
5. Dans sa résolution de 2013 intitulée «Gestion des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service» <sup>3</sup>, l'Assemblée générale prie le Secrétaire général de faire réaliser une étude des régimes d'assurance-maladie actuellement proposés au personnel actif et aux retraités des organismes des Nations Unies, de chercher tous les moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts, et de lui faire rapport à sa soixante-dixième session.

<sup>1</sup> Document GB.322/PFA/2.

<sup>2</sup> Document A/70/590.

<sup>3</sup> Document A/RES/68/244.

6. Le Secrétaire général, par l'intermédiaire du Comité de haut niveau sur la gestion, a créé un groupe de travail sur l'assurance-maladie après la cessation de service, et l'a chargé:
  - de collecter et diffuser des informations sur les différences pratiques d'assurance-maladie après la cessation de service au sein du système des Nations Unies, de mettre en évidence et d'analyser les facteurs qui influent sur les charges à payer, dont les prestations offertes par les différents régimes, le bien-fondé des hypothèses actuarielles (par exemple, du taux d'actualisation), ainsi que les hypothèses et facteurs liés aux investissements (répartition des actifs et rendements escomptés);
  - d'étudier des moyens de maîtriser les coûts de l'assurance-maladie après la cessation de service;
  - de proposer des critères communs d'examen des hypothèses qui sous-tendent l'évaluation des charges à payer, inspirés de l'accord conclu par l'Organisation des Nations Unies avec le Comité des commissaires aux comptes; et
  - d'étudier les moyens d'harmoniser les critères d'évaluation actuarielle dans l'ensemble du système des Nations Unies.
7. L'Assemblée générale a également prié le Secrétaire général d'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU) en vue d'y inclure l'administration économique, rationnelle et durable des prestations liées à l'assurance-maladie après la cessation de service.
8. Le groupe de travail sur l'assurance-maladie après la cessation de service se compose de représentants d'organismes des Nations Unies, de la Fédération des associations d'anciens fonctionnaires internationaux (FAAFI), de la Fédération des associations de fonctionnaires internationaux (FICSA), du Réseau ressources humaines du Comité de haut niveau sur la gestion, du Groupe de travail sur les services communs de trésorerie du Réseau finance et budget, de la CCPPNU et du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination. Le rapport du Secrétaire général à l'Assemblée générale fait part des constatations, conclusions et recommandations du groupe de travail. Il peut être consulté sur le site Web de l'ONU <sup>4</sup>.

## Contexte social et juridique

9. Le groupe de travail a mené ses travaux en tenant compte du principe de l'accès universel à la couverture d'assurance-maladie. Il avait présent à l'esprit le fait que, pour pouvoir recruter dans le monde entier le meilleur personnel et le conserver, les organismes des Nations Unies doivent impérativement disposer d'un système d'assurance-maladie éthique, exhaustif et souple, et que des prestations et des services efficaces contribuent au bien-être de leur personnel, qui travaille souvent dans des conditions difficiles.
10. Il a été rappelé que beaucoup d'anciens fonctionnaires ne sont pas admis au bénéfice de la sécurité sociale nationale parce qu'ils ont travaillé au BIT ou dans un autre organisme des Nations Unies. L'assurance-maladie après la cessation de service est donc un élément important de sécurité sociale pour les anciens fonctionnaires. L'Organisation assure ainsi l'accès de ses anciens fonctionnaires à des soins de santé appropriés quel que soit leur lieu de résidence et à un coût qui tient compte du montant de leur pension. Les droits aux prestations d'assurance-maladie après la cessation de service sont également accordés aux

<sup>4</sup> [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/70/590](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/590)

conjoints et enfants à charge des anciens fonctionnaires, conformément à ce qui se fait dans les autres organisations du système des Nations Unies.

## Droits acquis

11. Le groupe de travail fait observer que, au sein du système des Nations Unies, l'assurance-maladie est octroyée aux fonctionnaires et aux anciens fonctionnaires selon les principes de l'assurance mutuelle et aussi de la solidarité entre générations, principale différence entre l'assurance-maladie sociale et l'assurance-maladie privée. Les cotisations que paient les fonctionnaires en activité dépassent dans l'ensemble les prestations qu'ils reçoivent, et cet excédent sert à compenser le déficit général pour ce qui est des anciens fonctionnaires. Les cotisations des fonctionnaires sont calculées sur la base de conditions d'assurance qui ne connaîtront pas de modification substantielle pendant qu'ils sont en activité, ni à leur retraite. Les caractéristiques des régimes peuvent être adaptées et les cotisations ajustées de temps à autre au coût de la couverture, en fonction des conditions d'assurance.
12. D'un point de vue juridique, toute modification sensible, au détriment des assurés, du champ d'application, de la couverture ou des taux de cotisation risque de porter atteinte aux droits acquis des fonctionnaires, comme l'indique la jurisprudence du Tribunal administratif de l'OIT et le prévoit l'article 14.7 du Statut du personnel du BIT. Cette conclusion en ce qui concerne les droits acquis concorde avec celle dont a fait part, en mars 2007, le Bureau des affaires juridiques de l'ONU à l'Assemblée générale, à sa soixante-et-unième session (A/61/730, A/61/791 – add. 2).
13. Sur la question des droits acquis, le groupe de travail est d'avis que toute modification importante des conditions d'assurance applicables au moment du départ à la retraite constituerait une violation des droits acquis et exposerait les organismes à des contentieux. Il en conclut que toute modification des conditions d'assurance n'est admissible qu'à titre prospectif, c'est-à-dire pour le personnel nouvellement recruté, et qu'une analyse spécifique serait nécessaire pour déterminer précisément les conséquences juridiques de toute modification de cet ordre.

## Conditions d'assurance

14. Le groupe de travail a procédé, avec l'aide d'un cabinet-conseil spécialisé, à une analyse quantitative et qualitative de 23 régimes d'assurance-maladie (du personnel actif et retraité) du système des Nations Unies, auxquels sont affiliées quelque 400 000 personnes, c'est-à-dire presque tous les fonctionnaires recrutés sur le plan international et sur le plan local (actifs et retraités) et les personnes à leur charge qui sont couverts par l'un des régimes du système des Nations Unies. L'analyse a porté sur les caractéristiques de ces 23 régimes d'assurance-maladie: couverture proposée, critères d'admission, modalités d'administration et coût correspondant, démographie et prestations. Les régimes d'assurance-maladie analysés relèvent de trois modèles différents: régimes autonomes (c'est le cas de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du BIT (CAPS)); régimes à assurance autonome administrés par un tiers; régimes administrés et assurés par un tiers<sup>5</sup>. Le groupe de travail a établi que les conditions d'assurance des régimes d'assurance-maladie du système des Nations Unies étaient généralement comparables.

<sup>5</sup> Document A/70/590, paragr. 18 à 21.

15. Le groupe de travail a reconnu que le coût de l'assurance-maladie supporté par les organismes du système des Nations Unies, ainsi que les charges correspondantes, peuvent être affectés par des modifications structurelles du régime et de son financement, ou des politiques de recrutement et de gestion des effectifs de ces organismes. Toutefois, il a estimé aussi que les modifications de cette nature devront être étudiées dans le cadre élargi des politiques de ressources humaines.
16. Dans son rapport à l'Assemblée générale, le Secrétaire général propose de maintenir le groupe de travail pour que ce dernier puisse étudier d'autres moyens d'améliorer l'efficacité et de maîtriser les coûts et soumettre des propositions à ce sujet à l'Assemblée générale, à sa soixante-et-onzième session. Vu la teneur de l'introduction de ce rapport, on peut logiquement s'attendre à ce que le groupe de travail s'intéresse de plus près aux caractéristiques des différents régimes d'assurance-maladie. A titre d'exemple, dans l'optique que les ressources soient correctement employées, il pourrait étudier la possibilité de modifier les structures de prestations pour faire en sorte qu'elles soient davantage en adéquation avec la réalité locale en matière de soins et que les niveaux de financement soient modulables en fonction de la nature du traitement médical. Tout examen plus approfondi serait réalisé en collaboration avec le Réseau ressources humaines du Comité de haut niveau sur la gestion et la Commission de la fonction publique internationale (CFPI).
17. Le groupe de travail a cherché tout particulièrement à déterminer s'il était possible de reproduire ailleurs les bons résultats que l'ONU a obtenus aux Etats-Unis <sup>6</sup> lorsqu'elle a mis à profit le régime national d'assurance-maladie en demandant aux personnes affiliées à son régime d'assurance-maladie et remplissant les conditions requises de s'affilier également au volet B du programme Medicare. Ainsi, le régime national d'assurance-maladie serait l'assurance principale pour les soins qu'il couvre tandis que le régime de l'ONU ferait office de régime complémentaire, qui prendrait en charge les soins non couverts par le régime national. La couverture offerte aux fonctionnaires demeurerait inchangée, mais les obligations de l'organisation au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service pourraient être réduites, tout comme les charges correspondantes.
18. Le groupe de travail recommande que les organisations évaluent, compte tenu des incidences financières, s'il est fondé et faisable d'incorporer dans leurs régimes d'assurance-maladie l'obligation pour les personnes assurées de s'affilier à un régime national et examinent avec les Etats membres la possibilité que ces personnes soient admises au bénéfice du régime national et que celui-ci soit leur régime principal. Les organisations pourraient éventuellement incorporer une telle obligation dans leurs régimes d'assurance-maladie, qui prendraient en charge les primes correspondantes, et offrir ainsi une couverture présentant un meilleur rapport coût-efficacité sans modifications des prestations proposées.
19. Pour ce qui est du BIT, la situation envisagée ci-dessus ne concerne actuellement que les rares pays où l'affiliation des anciens fonctionnaires à un régime national de sécurité sociale est obligatoire. Là où une telle obligation n'existe pas, certains anciens fonctionnaires s'affilient au régime national à titre volontaire. Les prestations d'assurance-maladie versées au titre de ce régime sont complétées par les prestations payées par la CAPS, agissant en qualité de deuxième assureur.
20. La faisabilité et l'incidence de l'incorporation, dans les Statuts et Règlement administratif de la CAPS, de l'obligation pour les personnes assurées d'être affiliées à un régime national d'assurance-maladie varieront considérablement d'un pays à l'autre, et il en sera de même du coût et des procédures administratives correspondantes. Une analyse complète pays par

<sup>6</sup> A savoir une réduction de 258 millions de dollars des Etats-Unis du montant de ses engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service (document A/70/590, paragr. 40).

pays des coûts et avantages serait nécessaire, tout comme une évaluation des répercussions sur les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.

21. Vu qu'environ 76 pour cent des frais médicaux pris en charge par la CAPS sont occasionnés en Suisse et en France, le BIT s'intéressera avant tout aux régimes nationaux d'assurance-maladie de ces deux pays. Des discussions ont été engagées avec d'autres organisations internationales présentes dans la région genevoise en vue de définir une stratégie commune de négociation avec les autorités du pays hôte sur la question du tarif des soins hospitaliers applicable aux fonctionnaires internationaux, y compris aux anciens fonctionnaires qui résident en Suisse ou en France voisine. En collaboration avec d'autres organisations internationales, le BIT réfléchira également à la meilleure façon de procéder avec les autorités suisses et françaises s'agissant de l'affiliation des fonctionnaires internationaux actifs et retraités aux régimes nationaux d'assurance-maladie.
22. En ce qui concerne la participation des organismes des Nations Unies au financement de l'assurance-maladie, il convient de rappeler que, en 2014, l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé la recommandation de la CFPI de maintenir telle quelle la formule de répartition<sup>7</sup>. Au BIT, cette dernière est actuellement de 1:1 pour les membres du personnel en activité et de 2:1 pour les fonctionnaires retraités, ce qui est conforme à la décision de l'Assemblée générale. Les cotisations pour les retraités sont calculées sur la base du montant d'une pension correspondant à un minimum de vingt-cinq années de service.

## **Autres mesures de maîtrise des coûts**

### ***Regroupement et mutualisation des risques***

23. Le groupe de travail a examiné les possibilités de regroupement de l'ensemble des régimes du système des Nations Unies en un dispositif conjoint d'administration de l'assurance-maladie. Il a constaté que rien n'indique qu'un tel dispositif serait plus économique et efficace ni que l'élargissement du mandat de la CCPNU permettrait de faire des économies d'échelle et d'obtenir des gains d'efficacité<sup>8</sup>. Cette dernière démarche exigerait d'étoffer les effectifs du secrétariat de la CCPNU et de la Division de la gestion des investissements, de mettre en place des mécanismes de comptabilité, de communication de l'information et de gouvernance distincts et d'élaborer des systèmes onéreux.
24. Sur la question de la mutualisation des risques, le groupe de travail fait observer que le coût des soins de santé dépend de facteurs démographiques qui varient considérablement d'une organisation à l'autre. Il s'ensuit que, en l'absence de mécanismes complexes de compensation, plusieurs organisations auraient à faire face à des coûts plus élevés en cas de mutualisation des risques. Cela étant, le groupe de travail estime que certaines organisations pourraient envisager un regroupement accru au niveau local à condition de s'entendre sur la solvabilité des différents régimes, ainsi que sur des questions telles que le niveau de service et la participation à la gestion.
25. Les organisations qui chercheraient à regrouper à des fins de placement les réserves constituées au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service se heurteraient à des difficultés particulières liées à des besoins et niveaux de financement différents des obligations contractées, ainsi qu'à des problèmes d'adhésion à la démarche et de

<sup>7</sup> Document A/RES/69/251.

<sup>8</sup> Document A/70/590, paragr. 45 à 49.

gouvernance. Vu la conclusion qu'un dispositif conjoint d'assurance-maladie ne serait pas souhaitable et compte tenu des obstacles susmentionnés, les possibilités de placements conjoints seraient limitées. Le groupe de travail entend cependant étudier de manière plus approfondie la possibilité pour les organismes des Nations Unies d'appliquer des stratégies de placement communes et de lancer des appels d'offres conjoints pour la gestion de leurs portefeuilles respectifs. Pour ce qui est du BIT, les fonds accumulés pour financer les futures obligations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service vis-à-vis du personnel dont les contrats sont financés par des ressources extrabudgétaires sont détenus dans des réserves séparées. Dès que ces fonds auront atteint un niveau suffisant, ils seront investis séparément dans un portefeuille de placements prudents conçu sur mesure, en procédant selon les indications données par le Comité des placements de l'OIT.

### ***Négociations collectives avec les prestataires de soins de santé***

26. Le groupe de travail a noté que les négociations collectives menées avec les prestataires de soins de santé de la région genevoise par des organisations basées à Genève dotées de régimes d'assurance autonomes (BIT, OMS et Office des Nations Unies à Genève: Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies) ont donné de bons résultats. Ces organisations entendent explorer d'autres possibilités d'engager des négociations collectives avec les prestataires et les réseaux de prestataires dans d'autres lieux d'affectation afin d'obtenir le meilleur accès à des soins de qualité et les meilleurs tarifs et de réduire la volatilité des coûts. Quant au BIT, il continuera par ailleurs de s'employer à recenser les domaines dans lesquels des négociations avec les prestataires pourraient lui permettre de faire des économies ou d'améliorer le fonctionnement de son régime d'assurance-maladie.

### ***Médecine préventive***

27. Bien que le groupe de travail ne se soit pas encore penché sur la question, le Groupe de travail des directeurs des services médicaux des organismes des Nations Unies sera associé à ses travaux futurs, et l'on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'une approche commune soit définie à des fins de maîtrise des coûts au moyen de la médecine préventive. En attendant, par le biais du secrétariat de la CAPS et en consultation avec son comité de gestion, le Bureau va élaborer une politique de médecine préventive.
28. Vu les montants que la CAPS pourrait économiser et ainsi que l'ont fait des Etats Membres et des organisations internationales, le Comité de gestion de la CAPS a recensé les procédures médicales de dépistage permettant de détecter certaines affections à un stade précoce. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, plusieurs de ces procédures sont prises en charge par la CAPS sans participation de la personne assurée.

### **Financement des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service**

29. L'évaluation annuelle des charges à payer au titre du régime de l'assurance-maladie après la cessation de service donne un aperçu du droit du personnel en activité et des anciens fonctionnaires de bénéficier de ce régime qui détermine le montant estimatif de la contribution de l'Organisation au financement de cette couverture sur le long terme. Il y a lieu de rappeler que ces charges correspondent à une estimation ponctuelle des coûts futurs basée sur le profil du personnel et des retraités, ainsi que sur des hypothèses actuarielles, à la date de l'évaluation. L'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service étant très sensible aux principales hypothèses actuarielles (taux d'actualisation, taux d'évolution des frais médicaux, espérance de vie, nombre d'années de



service), des écarts importants peuvent être relevés d'une année à l'autre. La baisse ininterrompue des taux d'intérêt observée à l'échelle mondiale entre 2009 et 2015 a eu un effet significatif sur les taux d'actualisation et, partant, sur les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service <sup>9</sup>.

- 30.** Le BIT remplit ses obligations à court terme en matière de financement des obligations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service sur son budget ordinaire, sur la base du décaissement continu, ce qui correspond actuellement à un montant de quelque 29,9 millions de dollars des Etats-Unis par période biennale. Au 31 décembre 2014, le montant des charges non provisionnées s'élevait à 1,1 milliard de dollars E.-U. L'affaiblissement continu des taux d'intérêt au niveau mondial a renforcé la pression à la baisse qui s'exerce sur les taux d'actualisation. En effet, le taux d'actualisation moyen pondéré a chuté, passant de 1,84 pour cent à la fin de 2014 à 1,72 pour cent à la fin de 2015, ce qui va influencer négativement sur le montant des charges à payer par le BIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service (au moment de l'élaboration du présent document, l'actuaire indépendant n'avait pas encore réalisé l'évaluation à fin 2015 de ces charges). Comme indiqué dans le document GB.322/PFA/2 <sup>10</sup>, tant que ces charges ne feront pas l'objet d'un financement séparé, le recours à un système par décaissement continu pour le paiement des prestations aura pour conséquence qu'une part toujours plus importante du budget ordinaire devra être consacrée au financement de l'assurance-maladie après la cessation de service.
- 31.** A l'instar d'autres organismes des Nations Unies, l'OIT évalue le montant de ses obligations au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service selon la méthode prescrite par les Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS). Appliquer à toutes les organisations du système des Nations Unies les mêmes facteurs actuariels serait une erreur, le profil démographique des assurés étant différent. Cependant, la possibilité existe de convenir de méthodes harmonisées propres à améliorer la comparabilité à l'échelle du système. Un groupe de travail a été constitué à cette fin; piloté par l'ONU, il devrait faire rapport en décembre 2017.

### ***Alternative au financement en totalité***

- 32.** Bien que souscrivant à l'idée que les Etats membres financent la totalité des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, le groupe de travail a examiné l'option consistant à ne financer que partiellement ces charges, sur la base du coût annuel des services rendus et des coûts financiers correspondants. Ainsi, les charges non préexistantes seraient financées en totalité, alors que les charges préexistantes demeureraient non provisionnées; après une période de croissance continue, le montant des charges non provisionnées commencerait à diminuer par attrition.
- 33.** L'actuaire indépendant de l'OIT a été prié de calculer le montant de la charge salariale à prévoir pour financer la totalité des charges non préexistantes que le BIT aura à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 (coût des services rendus), ainsi que leur accroissement projeté (coûts financiers correspondants). Dans ce contexte, le financement de la totalité de ces charges suppose de constituer une réserve financière suffisante pour d'abord réduire puis, à terme, couvrir entièrement le montant estimatif des charges que le BIT aura à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, par décaissement continu au fur et à mesure des départs à la retraite.

<sup>9</sup> Document GB.322/PFA/2, tableaux 3 et 4.

<sup>10</sup> Document GB.322/PFA/2, paragr. 31.

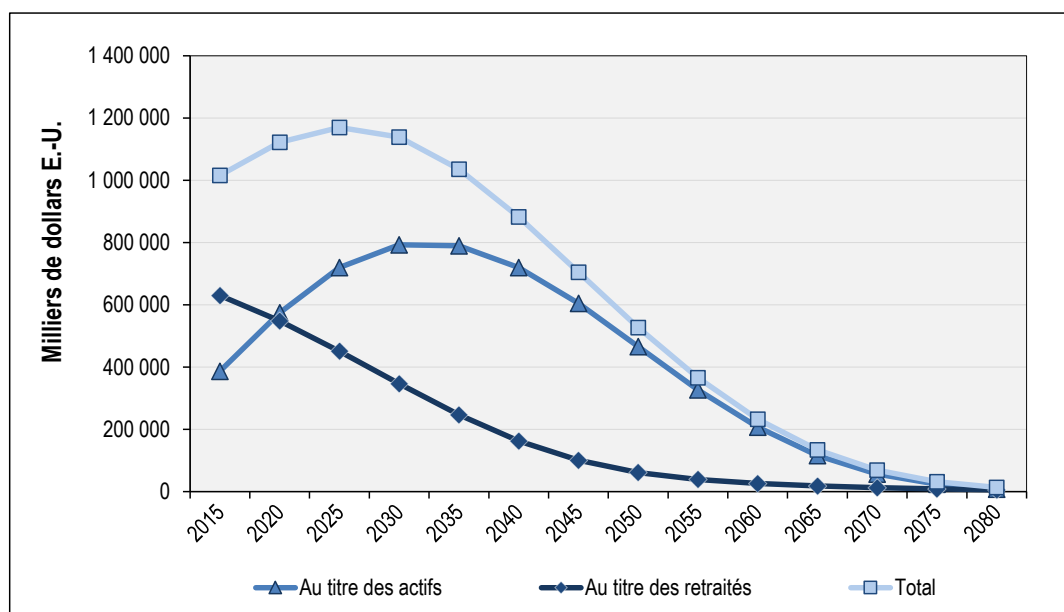
L'actuaire a également été prié d'élaborer une projection de l'évolution des charges existantes au 31 décembre 2015.

- 34.** Le montant de la charge salariale a été déterminé en appliquant différents taux actuariels (voir tableau ci-dessous). Ces taux, qui sont exprimés en valeur réelle, c'est-à-dire corrigés de l'inflation (estimée à 3 pour cent), sont moins en deçà des probabilités que les taux d'actualisation utilisés pour évaluer les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. Cela tient au fait que, en raison des normes IPSAS, les types de placement qui peuvent être pris en compte dans le calcul du taux d'actualisation retenu aux fins de l'évaluation de ces charges sont limités, alors que les décisions se rapportant au financement se fondent sur d'autres possibilités de placement plus réalistes (le taux actuariel de 3,5 pour cent est conforme à l'objectif que s'est fixé la CCPNU pour le long terme).
- 35.** Le tableau ci-dessous indique, pour chaque hypothèse de taux actuariel, la charge salariale à imputer sur le budget ordinaire (exprimée en pourcentage et en milliers de dollars E.-U.) pour financer la totalité de la part des obligations contractées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, par l'employeur au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. Le tableau indique également le montant actuel des décaissements continus.

<b>Taux actuariel (en pourcentage)</b>	2,50	3,00	3,50	4,00
<b>Charge salariale (en pourcentage)</b>	11,60	10,70	9,90	9,20
<b>Charge salariale en 2014-15 (en milliers de dollars E.-U.)</b>	51 239	47 263	43 730	40 638
<b>Contribution du BIT à la CAPS au titre des retraités en 2014-15 (en milliers de dollars E.-U.)</b>	25 997	25 997	25 997	25 997

- 36.** L'instauration de cette charge salariale influencerait immédiatement sur le montant des charges à payer par le BIT au titre de l'assurance-maladie des retraités en en freinant l'augmentation, mais le Bureau sera tenu de continuer de financer par décaissement continu les obligations contractées avant le 31 décembre 2015. Le montant des charges ne baisserait donc qu'une fois que le montant des obligations contractées au 31 décembre 2015 non provisionnées commencerait lui aussi de baisser, essentiellement par attrition, après avoir culminé en 2025 à un niveau estimé à 1,2 milliard de dollars E-U. La figure ci-dessous illustre l'évolution du montant des obligations non provisionnées imputées sur le budget ordinaire, qui augmentera jusqu'en 2025 avant de baisser durant les quelque soixante années suivantes jusqu'à atteindre la somme de zéro en 2080<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Il est rappelé que cette projection se fonde sur les taux d'actualisation en vigueur et que, au moment de l'élaboration du présent document, l'évaluation à fin 2015 des charges à payer par le BIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service n'était pas disponible.



### **Charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires**

37. Le groupe de travail s'est demandé expressément comment il conviendrait de traiter les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service vis-à-vis du personnel dont les contrats sont financés par des ressources extrabudgétaires. Il recommande que les organisations qui gèrent des fonds extrabudgétaires veillent à ne pas clôturer les comptes tant que les obligations qui y sont associées ne sont pas financées au moyen des fonds disponibles.
38. Comme le Conseil d'administration en a déjà été informé <sup>12</sup>, en 2013, le Bureau a commencé à comptabiliser en charges les montants correspondant aux obligations contractées au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service vis-à-vis du personnel financé par des ressources extrabudgétaires. Au 31 décembre 2015, la réserve accumulée au titre des projets extrabudgétaires s'élevait à 3,6 millions de dollars E-U. A terme, cette réserve correspondra au montant des obligations du BIT vis-à-vis des anciens membres du personnel dont les contrats étaient financés par des ressources extrabudgétaires, lesquelles sont actuellement financées par décaissement continu et imputées sur le budget ordinaire.

### **Projet de décision**

#### **39. Le Conseil d'administration invite le Directeur général à:**

- a) *veiller à ce que l'OIT continue de participer aux travaux du Groupe de travail des Nations Unies sur l'assurance-maladie après la cessation de service visant à examiner d'autres moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts, et à élaborer des propositions à ce sujet;*

<sup>12</sup> Document GB.322/PFA/2, paragr. 44.

- b) *collaborer avec les autres organismes des Nations Unies pour étudier la faisabilité et l'incidence de l'incorporation, dans les Statuts et Règlement administratif de la CAPS, de l'obligation pour les anciens fonctionnaires assurés par la CAPS et les personnes à leur charge qui résident en Suisse, en France ou aux Etats-Unis, d'être affiliés au régime national d'assurance-maladie de ces pays;*
- c) *inclure dans ses Propositions de programme et budget pour 2018-19 une disposition prévoyant la constitution d'une réserve destinée à limiter l'augmentation du montant des charges à payer par le BIT au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service en instaurant une charge salariale équivalant au coût annuel des services rendus plus les coûts financiers correspondants; et*
- d) *faire rapport au Conseil d'administration à sa 330<sup>e</sup> session (octobre-novembre 2017) sur le résultat de toute mesure prise au titre des points susmentionnés.*