



**Nations Unies**

**Examen de la qualité, de l'efficacité,  
de l'efficience et de la viabilité des régimes  
d'assurance maladie en vigueur dans  
le système des Nations Unies**

**Rapport du Corps commun d'inspection**

**Établi par Jesús S. Miranda-Hita**





# **Examen de la qualité, de l'efficacité, de l'efficience et de la viabilité des régimes d'assurance maladie en vigueur dans le système des Nations Unies**

**Rapport du Corps commun d'inspection**

**Établi par Jesús S. Miranda-Hita**



**Nations Unies • Genève, 2023**

### **Équipe chargée de l'examen**

Jesús S. Miranda-Hita, Inspecteur

Alexandra Capello, Spécialiste de l'inspection et de l'évaluation (phase de démarrage)

Kamolmas Jaiyen, Spécialiste de l'inspection et de l'évaluation

Katharine Mitchell, Assistante de recherche

Patrick Nicolas Goergen, Consultant externe (analyse comparative des contrats d'assurance)

### **Stagiaires en charge des travaux de recherche**

Krista Tingbrand (juin-décembre 2022)

Yue Su (septembre 2022-mars 2023)

Chu Hui (Esther) Huang (septembre 2022-mars 2023)

Lanxi Sun (mars-septembre 2023)

Ria Octavio (septembre-décembre 2023)

Shaojie Ma (août 2023-janvier 2024)

*Résumé*

## **Examen de la qualité, de l'efficacité, de l'efficience et de la viabilité des régimes d'assurance maladie en vigueur dans le système des Nations Unies**

### **I. Introduction et objectifs**

L'examen de la qualité, de l'efficacité, de l'efficience et de la viabilité des régimes d'assurance maladie en vigueur dans le système des Nations Unies a été inscrit au programme de travail du Corps commun d'inspection (CCI) pour 2022, en réponse à des demandes formulées de longue date par le Comité consultatif indépendant pour les questions d'audit du Secrétariat de l'ONU, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'Organisation maritime internationale (OMI) et l'Organisation météorologique mondiale (OMM). Il vise, d'une manière générale, à déterminer quelles sont les bonnes pratiques et quels sont les domaines à améliorer en termes de transparence, de qualité de service, de coordination, d'harmonisation, d'efficacité, d'efficience et de viabilité financière à long terme des régimes d'assurance maladie auxquels sont affiliés les fonctionnaires en activité et les retraités des organisations ayant approuvé le statut du CCI. Il porte plus précisément sur les contrats d'assurance maladie et leur gestion, et évalue ainsi les politiques et pratiques en matière de maîtrise des dépenses, étudie les perspectives financières et budgétaires, et passe en revue les possibilités qui permettraient de renforcer la coordination et la coopération entre les entités, notamment en ce qui concerne la mobilité du personnel. Il livre une analyse comparative des 25 régimes primaires d'assurance maladie et du régime distinct d'assurance couvrant les soins dentaires auxquels sont affiliés les membres du personnel en activité et à la retraite, qui sont directement ou indirectement administrés et cofinancés par les organisations ayant pris part au présent examen (chap. II) ; il s'intéresse également à certains aspects touchant à l'efficacité et à l'efficience de ces régimes (chap. III), à l'adéquation de leur couverture et à la qualité de leur administration (chap. IV), ainsi qu'à la situation relative à la déclaration, au financement et aux incidences budgétaires des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (chap. V).

L'assurance maladie est un élément essentiel des avantages liés à la rémunération dont bénéficient le personnel et les retraités des entités des Nations Unies. Sa couverture et son financement sont des questions qui concernent tout le système des Nations Unies et qui font en permanence l'objet d'ajustements dictés par l'évolution démographique des assurés et par l'accroissement des coûts résultant des progrès technologiques et d'autres faits nouveaux touchant au domaine de la santé. Le nombre d'actifs et de retraités assurés au titre des régimes primaires d'assurance maladie des entités des Nations Unies, qui était de 84 000 personnes en 2004, s'est établi à plus de 160 000 à la fin de 2022, ce qui représente au total, si l'on inclut les membres de leur famille et autres personnes à charge, plus de 440 000 personnes protégées. Le coût annuel de ces régimes est passé, dans le même temps, de 296 millions à 1,2 milliard de dollars. Globalement, le coût annuel moyen de l'assurance maladie pour la famille d'un fonctionnaire des Nations Unies, qui s'élevait à 3 536 dollars en 2004 (c'est-à-dire l'équivalent de 5 478 dollars en 2022), a atteint 7 259 dollars en 2022, soit une hausse de 32,5 % en termes réels.

Bien que la sécurité sociale fasse partie des avantages liés à la rémunération auxquels ont droit les membres du personnel, son examen en tant qu'élément du « régime commun des Nations Unies » est d'une portée limitée ; cela tient en partie à un manque de coordination et d'orientation commune des politiques en la matière qui a fait que chaque régime d'assurance maladie a connu une évolution historique distincte, ainsi qu'à la disparité des conditions relatives aux offres de services de santé proposées dans les différents pays et lieux d'affectation, ce qui a entraîné d'importantes variations dans la couverture, le coût et le degré de solidarité et de mutualisation des risques de santé inhérents à chaque régime.

## II. Principales constatations et conclusions

### Étude comparative des régimes d'assurance maladie du personnel en activité et à la retraite des entités des Nations Unies

L'examen a fait apparaître, comme le CCI l'avait déjà indiqué dans son précédent rapport à ce sujet<sup>1</sup>, que les organes directeurs et les organes délibérants se montrent très peu actifs pour ce qui est de l'élaboration des politiques en matière d'assurance maladie. Les entités des Nations Unies ont l'obligation de mettre en place un régime de sécurité sociale pour leur personnel mais, à une exception près, tous les textes réglementaires se bornent à reconnaître le droit à la sécurité sociale et à donner aux chefs de secrétariat desdites entités les pleins pouvoirs pour définir les politiques en la matière. C'est là ce qui explique que l'on dénombre 26 régimes d'assurance maladie différents dans les entités participantes (dont un spécifiquement consacré aux soins dentaires). Sachant qu'il n'est pas possible d'avoir un seul régime d'assurance maladie pour toutes ces entités, il conviendrait de poser un minimum de principes, d'exigences ou de normes auxquels devrait satisfaire un régime d'assurance maladie adéquat pour faciliter l'élaboration et renforcer la cohérence de ces politiques.

Les 26 régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies peuvent être classés en fonction de l'entité qui assume les risques ou en fonction de celle qui administre les régimes. Le premier type de classement permet de faire la distinction entre les régimes auto-assurés et ceux qui sont externalisés ; le second fait référence aux régimes auto-administrés, dans lesquels tous les services d'assurance maladie sont gérés par les organisations, et aux régimes administrés par des tiers, qui font appel à une société externe pour fournir des services administratifs. La moitié des régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies sont des régimes auto-assurés ou captifs. Ils couvrent 82 % de la population assurée.

L'externalisation constitue la forme d'administration la plus courante, même pour les régimes auto-assurés : 72 % des bénéficiaires sont couverts par des régimes administrés en externe. À l'inverse, un peu plus d'un quart des assurés relèvent de l'un des quatre régimes auto-administrés (et donc auto-assurés) existants, qui ont tous leur siège à Genève et auxquels sont affiliés un grand nombre de fonctionnaires – près de 13 000 à l'Organisation internationale du Travail (OIT), et jusqu'à plus de 41 000 à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'entité la plus importante en nombre de personnes couvertes par les régimes d'assurance qu'elle administre est le Secrétariat de l'ONU à New York, avec cinq régimes et près de 150 000 personnes protégées.

#### *Gouvernance des régimes d'assurance maladie et participation des assurés*

La participation des bénéficiaires à l'élaboration des politiques et à la gouvernance des régimes d'assurance maladie est primordiale. Dans la plupart des régimes, des représentants des fonctionnaires en activité et des retraités prennent officiellement part à l'élaboration de ces politiques, mais le personnel recruté localement et les retraités qui vivent en dehors des villes sièges ne sont pas suffisamment représentés dans les comités auxquels incombe cette tâche.

#### *Critères d'admissibilité*

Les formules d'assurance maladie dépendent souvent du contrat et du lieu d'affectation des fonctionnaires. Les entités participantes proposent aux membres de leur personnel en activité une formule d'assurance maladie spécifique en fonction de leur statut contractuel, selon qu'ils sont recrutés sur le plan local ou international, et de leur lieu d'affectation (New York, Genève ou Vienne, par exemple).

<sup>1</sup> [JIU/REP/2007/2](#).

Les 26 régimes d'assurance maladie appliquent des critères d'admissibilité qui varient selon qu'ils concernent des fonctionnaires, des retraités, des membres de leur famille ou des personnes protégées qui leur sont liées. Les critères d'admissibilité non harmonisés, en particulier pour ceux qui bénéficient de cotisations subventionnées par leur organisation, créent une inégalité d'accès à la couverture d'assurance maladie pour le personnel en activité et les retraités, ainsi que pour les membres de leur famille, et dénotent une utilisation inéquitable des financements publics.

L'affiliation antérieure à des régimes d'assurance maladie dans différentes entités n'est pas toujours reconnue mutuellement et sans réserve. Bien que le nombre d'années d'affiliation aux régimes d'assurance maladie contributifs d'autres entités des Nations Unies soit pris en compte dans tous les régimes, l'OIT et l'OMS exigent que cinq des dix années requises pour pouvoir être admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service aient été acquises dans leurs régimes respectifs.

#### *Primes et répartition de la charge des cotisations entre entités et assurés*

Dans la plupart des régimes, la répartition des primes entre les bénéficiaires repose sur les principes de capacité de paiement et de solidarité intergénérationnelle inhérents à la notion de sécurité sociale ; ainsi, la part des cotisations versée par les organisations pour les membres de leur personnel moins bien rémunérés ou ayant une famille plus nombreuse est généralement plus élevée, tandis que les retraités et les personnes à leur charge cotisent moins, se voient octroyer des subventions plus conséquentes et donnent potentiellement lieu à des remboursements plus importants au titre de l'assurance maladie. Le principe d'équivalence ou de causalité des coûts, qui caractérise habituellement le calcul des primes pratiquées par les assureurs privés, est lui aussi intégré dans certains régimes, qui prévoient ainsi des primes forfaitaires fixées en montants absolus – c'est notamment le cas du Plan général d'assurance maladie dont sont dotés l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et le Programme alimentaire mondial (PAM). Le régime d'assurance maladie de l'Union postale universelle (UPU) est le seul qui recueille des cotisations forfaitaires calculées exclusivement en fonction de l'âge des assurés.

Le niveau des contributions des organisations aux primes d'assurance maladie oscille entre 50 % et 75 % selon les régimes ; dans la moitié des cas, les subventions qu'elles offrent au personnel retraité sont supérieures à celles dont bénéficie le personnel en activité, ce qui renforce le principe de solidarité intergénérationnelle inhérent à la notion d'assurance maladie ou de mutualisation des risques de santé. Dans certaines organisations cependant, les membres du personnel supportent globalement une part plus importante du coût de l'assurance que l'organisation elle-même ; c'est notamment le cas du régime de couverture médicale du personnel/assurance médicale après la cessation de service de la FAO, du régime mondial d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU pour le personnel en activité, et des deux régimes de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) pour les retraités.

S'agissant des disparités relatives aux cotisations à la charge des membres du personnel, l'examen fait apparaître, à la lumière d'une étude comparative menée dans six lieux d'affectation, que le coût de l'assurance maladie pour les fonctionnaires recrutés sur le plan international à des postes de même catégorie peut, en un même lieu, varier dans une fourchette allant de 1 à 2,5 selon le régime, fourchette qui peut aller de 1 à 4 pour le personnel recruté localement, ce qui veut dire que des fonctionnaires employés dans un même contexte sont assujettis à un traitement différent, du fait uniquement – ou principalement – de leur affiliation à un régime d'assurance maladie particulier. Cette situation, ainsi que d'autres facteurs tels que les différences de couverture, va clairement à l'encontre de l'objectif d'un système commun susceptible d'éviter une concurrence malsaine entre les entités onusiennes lors du recrutement de personnel, et d'offrir en même temps des conditions de travail égales aux fonctionnaires en poste dans un même lieu d'affectation, quelle que soit l'entité qui les emploie.

### *Couverture et prestations*

Onze éléments essentiels ont été retenus aux fins de l'examen pour comparer le niveau de la couverture et des prestations des différents régimes : a) le choix des prestataires de soins et la couverture géographique ; b) la prise en charge et la protection financières en cas de dépenses de santé catastrophiques grâce à des mécanismes de plafonnement du montant restant dû par l'assuré et à des mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles ; c) les soins ambulatoires généraux et les produits pharmaceutiques ; d) la prise en charge en milieu hospitalier ; e) la kinésithérapie ; f) les soins préventifs pour adultes ; g) les soins optiques et dentaires ; h) les soins de santé mentale ; i) les soins relevant de la médecine de la procréation, la planification familiale et les traitements de l'infertilité ; j) les soins de puériculture ; k) les soins de longue durée.

Tous les régimes permettent aux assurés de choisir librement leurs prestataires de soins, mais certains, en particulier ceux qui s'adressent aux personnes résidant en Amérique du Nord, permettent d'obtenir d'importants avantages préférentiels dès lors que l'on passe par les prestataires affiliés à leur réseau. En ce qui concerne la couverture géographique, les régimes destinés aux fonctionnaires et aux retraités du monde entier, quel que soit le statut sous lequel ils ont été recrutés, garantissent une couverture mondiale, mais nombre d'entre eux l'assortissent de restrictions aux États-Unis d'Amérique en raison des coûts élevés des soins médicaux. Les régimes spécifiquement destinés au personnel recruté localement, tels que les régimes d'assurance maladie du HCR, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Secrétariat de l'ONU et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ne prévoient, dans des circonstances normales, qu'une couverture limitée, quand elle n'est pas simplement inexistante, en dehors des lieux d'affectation ou de résidence de leurs assurés.

Les plafonds annuels de remboursement varient sensiblement d'un régime à l'autre dans un même lieu d'affectation, voire au sein d'une même organisation. Concernant la prise en charge en milieu hospitalier, les régimes couvrent pour la plupart l'intégralité des frais pour une chambre semi-privée ou un lit en salle commune mais, dans certains lieux d'affectation, en particulier en Europe et en Amérique du Nord, un plafond de remboursement peut être fixé à titre de mesure favorisant la maîtrise des dépenses.

En matière de kinésithérapie, le niveau des prestations varie beaucoup selon les régimes, y compris pour ce qui est des types de soins pris en charge. Pour les soins préventifs, quatre régimes n'offrent aucune couverture ou ne couvrent que les personnes à charge, ou encore ne prévoient pas de dispositions spécifiques pour les examens médicaux de routine ; dans les régimes qui couvrent ces actes, le niveau de prise en charge est très variable, alors que la médecine préventive est non seulement conseillée sur le plan médical, mais fait aussi partie intégrante du droit à la santé au sens large et favorise la maîtrise des dépenses à long terme.

La prise en charge des appareils optiques et des soins dentaires diffère elle aussi considérablement selon les régimes d'assurance. Les soins de santé mentale sont un autre domaine qui présente de grandes disparités entre les régimes en termes de couverture. En ce qui concerne les séances de psychothérapie et les traitements psychiatriques ambulatoires, les régimes proposés par l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), l'Office des Nations Unies à Vienne, le Secrétariat de l'ONU (Aetna), l'ONUDI et ONU Tourisme ne fixent aucun plafond de remboursement pour les fonctionnaires et les retraités, et de surcroît ne prévoient pas de limites financières globales. Les deux régimes mis en place par la FAO et le PAM pour leur personnel recruté localement hors siège sont ceux qui présentent la couverture financière la plus faible, puisque les remboursements des séances de psychothérapie et des traitements psychiatriques ambulatoires sont plafonnés à 800 dollars par an.

Les 25 régimes qui prévoient ce type de couverture offrent une protection similaire pour les dépenses liées à la maternité, le plus souvent à raison d'une prise en charge à 80 %, mais la couverture en matière de planification familiale est inégale et gagnerait à être davantage harmonisée. Pour les traitements de l'infertilité médicalement nécessaires, 17 régimes proposent une couverture variable, tandis que 8 n'en prévoient aucune.

Les soins de longue durée ne sont généralement pas couverts par l'assurance maladie et un effort reste à faire pour combler ce besoin. Ils le sont en règle générale par une police d'assurance distincte et ne font pas partie de la formule d'assurance maladie. Sur les 25 régimes d'assurance maladie passés en revue, seuls 8 prévoient une certaine prise en charge des soins de longue durée.

L'examen n'a pas révélé de limitations ou d'exclusions spécifiques de la couverture fondées sur l'âge, la race, le sexe, l'orientation sexuelle ou toute autre caractéristique individuelle.

#### *Protection des données relatives à la santé des membres du personnel*

Tous les tiers administrateurs et les assureurs privés auxquels font appel les régimes d'assurance maladie ont leur siège soit aux États-Unis soit en Europe, ce qui les oblige à se conformer à la loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act) pour les premiers, ou au Règlement général sur la protection des données pour les seconds. Cependant, l'état d'avancement des politiques relatives à la protection des données varie fortement d'une entité participante à l'autre.

### **Efficacité et efficacité des régimes d'assurance maladie**

#### *Résultats financiers des régimes d'assurance maladie*

En moyenne, les cotisations acquittées par les organisations pour leurs fonctionnaires en activité étaient supérieures de 17 % à celles à la charge de ces derniers, et représentaient 83 % de plus que celles versées par les retraités. Globalement, les cotisations par assuré, tant celles demandées aux bénéficiaires que celles incombant à l'organisation qui les emploie ou les employait précédemment, s'élevaient à 3 079 dollars en 2022. Pour les fonctionnaires en activité et les personnes à leur charge, les cotisations ont atteint un total de 845,7 millions de dollars, tandis que pour les retraités et les personnes à leur charge, leur montant s'est établi à 367,5 millions de dollars. La somme totale des cotisations a donc représenté 1,2 milliard de dollars pour l'année 2022.

La moyenne des ratios des dépenses totales aux cotisations, calculée sur l'ensemble des régimes pour lesquels des données ont été fournies, a atteint 88,1 % en 2022, ce qui témoigne d'un bon équilibre entre cotisations et dépenses<sup>2</sup>. Les rapports des dépenses aux cotisations des 25 régimes pour lesquels il existe des informations complètes s'élevaient en moyenne à 83,1 %<sup>3</sup>.

Sur les 21 régimes correctement documentés, 14 présentaient un taux de remboursement effectif (part des frais médicaux effectivement pris en charge par l'assureur) supérieur à 80 %, le meilleur résultat renvoyant au régime de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) (88,8 %). En ce qui concerne le taux d'autocouverture financière (c'est-à-dire la part des dépenses que représentent les besoins de santé, y compris les primes, supportée par les bénéficiaires eux-mêmes), sept régimes affichaient des taux inférieurs à 50 %, ce qui signifie qu'ils ont couvert plus de la moitié des dépenses réelles que les assurés ont été amenés à engager pour des services de santé au cours de l'année. Les subventions destinées aux retraités (qui équivalaient à 61 % de leurs dépenses d'assurance maladie et de leurs frais médicaux) étaient deux fois plus élevées que celles accordées aux fonctionnaires en activité.

#### *Prévention de la fraude et lutte contre celle-ci*

Les entités participantes ont fait état de 226 cas présumés et établis de fraude à l'assurance maladie entre 2019 et 2022, pour un montant total de 2,2 millions de dollars – dont environ 142 000 dollars ont été recouverts à ce jour. Les données disponibles donnent à penser que, tous systèmes de santé confondus au niveau mondial, la fraude représenterait

<sup>2</sup> [(frais médicaux + frais d'administration) x 100/cotisations].

<sup>3</sup> [frais médicaux x 100/cotisations].

entre 3,3 % et 10 % des dépenses de santé. S'agissant des régimes d'assurance maladie des entités des Nations Unies, dont les remboursements ont atteint au total 1,05 milliard de dollars en 2022, l'ampleur des fraudes signalées a été nettement moindre que celle qui touche les autres régimes.

Les administrateurs des régimes d'assurance maladie des Nations Unies ont recours à une multitude d'outils pour détecter et prévenir les fraudes, qui vont de l'imposition de limites de paiements en espèces à une sélection aléatoire d'un échantillon de demandes de remboursement, en passant par l'utilisation d'indicateurs dont le but est de signaler les fraudes éventuelles. Dans le cas des quatre régimes auto-administrés, les titulaires des contrats d'assurance se dotent de leur propre système de surveillance des fraudes potentielles et prennent des mesures destinées à minimiser les risques de fraude ; les régimes administrés en externe sont en revanche tributaires, à cet égard, du tiers administrateur ou de l'assureur.

Les fonctionnaires en activité ayant commis une fraude à l'assurance maladie établie par le mécanisme d'enquête propre à leur organisation font l'objet de mesures disciplinaires qui diffèrent d'une entité à l'autre et qui ne sont pas toujours fondées sur le principe de proportionnalité par rapport à la gravité de la faute.

#### *Maîtrise des dépenses*

Très souvent, les administrateurs en charge des régimes d'assurance maladie ne disposent pas d'un plan d'action clair en matière de maîtrise des dépenses. Les tiers administrateurs ou les assureurs ne font généralement pas état des économies financières (ou des dépenses évitées) auxquelles ont abouti les mesures qu'ils ont prises pour maîtriser ces coûts. En outre, l'examen n'a pas permis de constater que la recommandation formulée en 2018 par le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service, qui préconisait que « toutes les possibilités de maîtrise des dépenses au titre de l'assurance maladie continuent d'être examinées dans le cadre des débats interinstitutions tenus sous les auspices du Comité de haut niveau sur la gestion », ait donné des résultats tangibles, ni même qu'une telle collaboration interinstitutions ait vu le jour à l'échelle du système.

Étant donné la nécessité d'impliquer davantage les organisations qui financent ces régimes, il est suggéré de renforcer le rôle qu'exercent les équipes chargées de la fonction d'audit dans la maîtrise des dépenses, la détection des fraudes et l'amélioration générale des politiques et pratiques relatives à l'assurance maladie.

#### *Passation de marchés*

Hormis les liens interinstitutions tissés de longue date en matière de passation conjointe de marchés, illustrés notamment par la coopération qui existe entre les administrateurs des régimes d'assurance maladie, quelques exemples de collaboration interinstitutionnelle, d'échanges de bonnes pratiques et de mise en commun des enseignements propres à la passation de marchés dans le domaine de l'assurance maladie et à l'administration de tels régimes ont été observés depuis que le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service a recommandé que les entités des Nations Unies négocient collectivement avec les prestataires de ces services et envisagent d'adapter leurs exigences concernant les tiers administrateurs en fonction des meilleures pratiques y relatives, à savoir notamment l'harmonisation de divers aspects essentiels tels que les indicateurs clefs de performance, la méthode de tarification, les modalités de présentation de l'information et la périodicité des rapports, ainsi que les contrôles et les audits. Lors des entretiens, plusieurs administrateurs de régimes ont souligné les difficultés d'une telle entreprise en raison du manque de compétences internes et des difficultés à obtenir des exemples pertinents auprès d'autres organisations.

#### *Adéquation et qualité de service*

Il a été procédé, aux fins de l'examen, à un vaste sondage en ligne mené du 4 mai au 20 juin 2023, auquel ont répondu 23 163 personnes, soit 14,7 % du nombre total d'assurés en activité et à la retraite. Les sondés ont été invités à indiquer : a) dans quelle mesure leur régime d'assurance maladie répondait à leurs besoins en matière de soins de santé ;

b) ce qu'ils pensaient de l'accès aux soins de santé et autres services connexes dans leur lieu d'affectation ou de résidence ; c) quel était leur sentiment quant à la qualité et à l'efficacité de l'administration de leur régime d'assurance maladie.

Sur les 11 volets abordés dans l'enquête, la prise en charge en milieu hospitalier, les soins ambulatoires et les soins préventifs ont été les mieux notés, les sondés estimant que ces services répondaient le plus souvent « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins. En revanche, les soins de longue durée, les soins de santé mentale et les soins optiques ont reçu le plus petit nombre de réponses positives ; d'autres volets semblent également mériter une attention particulière, tels que les soins ambulatoires pour le personnel recruté localement, les conditions entourant la prise en charge des handicaps physiques et des traitements médicamenteux pour les maladies chroniques, la kinésithérapie, les examens médicaux de routine, les soins dentaires et les soins relevant de la médecine de la procréation<sup>4</sup>.

Le taux de satisfaction des sondés quant à l'efficacité du mécanisme de règlement des litiges varie considérablement d'un régime à l'autre. Seuls 43 % à 51 % des assurés ayant participé au sondage qui étaient affiliés aux régimes du Secrétariat de l'ONU administrés aux États-Unis, aux régimes d'assurance maladie du HCR et du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS), ainsi qu'aux régimes maladie et accidents de l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève, ont considéré que leurs mécanismes de règlement des litiges<sup>5</sup> étaient efficaces, contre un taux de satisfaction de 94 % des sondés parmi ceux affiliés au régime d'assurance d'ONU Tourisme et de 83 % parmi ceux affiliés au régime de l'AIEA. Plus de 80 % des sondés se sont déclarés satisfaits de la facilité avec laquelle ils pouvaient adresser les demandes de remboursement, mais le taux concernant la précision du traitement de ces demandes fluctuait selon les régimes, même lorsque le tiers administrateur était le même pour différents régimes.

Environ 67 % des sondés se sont dits satisfaits de la rapidité avec laquelle ils ont obtenu leurs remboursements, les personnels recrutés localement l'étant nettement moins (63 %) que ceux recrutés à l'étranger (73 %). L'analyse comparative des régimes a fait apparaître que les sondés affiliés au régime d'assurance maladie du HCR étaient les moins satisfaits (34 %).

### **Déclaration, financement et incidences budgétaires des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service**

L'adoption des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) par les entités des Nations Unies a constitué une avancée majeure pour l'exhaustivité et la transparence de leurs états financiers et, en particulier, la visibilité des charges liées au droit à bénéficier de soins de santé après la retraite, que les fonctionnaires acquièrent progressivement durant leur carrière. Si importante soit-elle, la reconnaissance de ces charges demeure cependant insuffisante, à en juger par le manque persistant de financement.

Une méthode d'évaluation commune à l'ensemble du système des Nations Unies a été définie en 2018 afin que la détermination des charges que devront supporter à long terme les différentes entités au titre de l'assurance maladie après la cessation de service puisse s'effectuer de manière cohérente. Abstraction faite de certaines hypothèses propres à chaque régime, les entités participantes s'appuient pour la plupart sur le même ensemble d'hypothèses actuarielles de base pour déterminer leurs charges respectives en la matière, ce qui permet d'obtenir une comparaison pertinente pour l'établissement des obligations de l'ensemble du système des Nations Unies et des entités qui n'en font pas partie.

<sup>4</sup> Pour une étude plus fouillée des politiques et pratiques en la matière, voir également le document intitulé « Examen des politiques et pratiques des entités des Nations Unies en matière de santé mentale et de bien-être » (JIU/REP/2023/4).

<sup>5</sup> Pour une analyse détaillée des mécanismes formels de règlement des litiges dans les organisations participantes, voir le document JIU/REP/2023/2 intitulé « Examen des mécanismes internes de recours préalable à la saisine du tribunal à la disposition des fonctionnaires des entités des Nations Unies ».

En décembre 2021, le montant total des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service s'élevait à 20,3 milliards de dollars, 5 entités participantes entrant pour les deux tiers de cette somme et 11 pour 90 %. Plus d'un quart du total des engagements provenait du Secrétariat de l'ONU.

Bien que les obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service constituent un problème à l'échelle du système tout entier qui figure depuis les années 1990 à l'ordre du jour des organes directeurs, du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) et des auditeurs externes, leur financement est un objectif qui n'a toujours pas été réalisé – il s'élève à seulement 31 % à ce jour. L'OIT, l'OMS et le Secrétariat de l'ONU entrent pour 61 % dans le total du passif et des charges non financés (14 milliards de dollars), tandis que, pour le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le PAM, le PNUD et l'UNOPS, les éléments du passif au titre dudit régime sont entièrement ou partiellement financés à hauteur d'environ 85 % ou plus ; 5 organisations (la FAO, l'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'UNICEF) ont constitué une réserve représentant 40 % à 60 % de leurs charges, et 4 (le HCR, l'OMI, l'OMPI et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE)) une réserve comprise entre 20 % et 40 %. Les 13 autres entités participantes n'ont pas constitué de fonds de réserve importants à cet effet.

Le choix de la méthode par capitalisation n'est pas seulement une question de saine gestion financière ou de viabilité financière à long terme, mais aussi de transparence et d'efficacité dans les discussions budgétaires des organes délibérants, et ce, pour deux raisons : d'une part, le fait de ne pas budgétiser la part des coûts à long terme de l'assurance maladie après la cessation de service qui sera générée chaque année revient à exclure du projet de budget et des discussions auxquelles il donne lieu un coût pourtant inévitable, et, d'autre part, ce manque de transparence et le décalage entre les coûts et les activités relatives aux programmes créent un leurre en donnant l'illusion de libérer des ressources pour d'autres programmes budgétaires, repoussent à plus tard les priorités ou les besoins budgétaires du moment – ou l'inverse –, ou laissent simplement les cotisations en deçà du niveau qui correspondrait aux coûts réels (à défaut d'un changement de cap dans les priorités).

### **III. Recommandations**

#### **A. Recommandations formelles**

Les recommandations ci-après renvoient également aux paragraphes correspondants du présent rapport.

##### **Recommandation 1**

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui administrent un régime d'assurance maladie devraient veiller à ce que, d'ici à la fin de 2026, des dispositions soient prises pour que tous les groupes d'assurés, y compris le personnel hors siège recruté localement et les retraités, soient représentés au sein du comité de gestion, du comité de contrôle ou du comité consultatif de leur régime d'assurance maladie (par. 43).**

##### **Recommandation 2**

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2026, étudier la possibilité de mettre fin à la pratique consistant à subventionner les primes des membres de la famille indirectement à la charge des assurés, des membres de la famille qui ne sont pas à leur charge et des membres du ménage sans lien de parenté, ainsi qu'à la pratique consistant à mutualiser leurs risques avec ceux des assurés principaux (par. 59).**

### Recommandation 3

Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2026, veiller à ce que le droit des membres de la famille des fonctionnaires à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service soit subordonné à un minimum de cinq années d'affiliation à un régime d'assurance maladie contributif des Nations Unies, sans préjudice d'exceptions dûment justifiées par des événements de la vie (par. 68).

### Recommandation 4

L'Assemblée générale des Nations Unies devrait demander à la Commission de la fonction publique internationale de proposer des lignes directrices favorisant une meilleure cohérence dans la mise en application des principes de solidarité intergénérationnelle, de capacité de paiement et de protection de la famille dans les régimes d'assurance maladie cofinancés par les organisations appliquant le régime commun des Nations Unies (par. 77).

### Recommandation 5

D'ici à la fin de 2026, les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient veiller à ce que toutes les données relatives à l'assurance maladie des bénéficiaires, y compris les rapports médicaux, les prescriptions, les tests et les montants remboursés, soient protégées au plus haut niveau et à ce que la divulgation, la transmission, le traitement et le stockage de données personnelles relatives à l'assurance maladie soient soumis au consentement écrit des intéressés et que toute éventuelle exception soit indiquée expressément et sans équivoque dans les contrats concernés (par. 123).

### Recommandation 6

À compter de 2026, les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient veiller à ce que les contributions volontaires couvrent les engagements futurs au titre de l'assurance maladie après la cessation de service des membres du personnel occupant des postes affectés à des programmes ou projets financés par de telles contributions, à mesure que ces engagements naissent (par. 224).

### Recommandation 7

Les organes délibérants et/ou les organes directeurs des entités des Nations Unies qui n'ont pas encore approuvé un plan de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils naissent pour les postes financés par les contributions statutaires des États Membres devraient établir une stratégie à long terme à cet effet, afin de couvrir à tout le moins les engagements futurs au titre de ladite assurance pour tous les fonctionnaires nouvellement recrutés (par. 234).

## B. Recommandations informelles

Les recommandations formelles sont complétées par 33 recommandations informelles, indiquées en gras dans le texte, qui constituent des suggestions supplémentaires à l'intention des chefs de secrétariat. Les recommandations « suggérées » ci-après renvoient également aux paragraphes correspondants du présent rapport et précisent, si nécessaire, le contexte auquel elles font référence.

1. (L'insuffisance des informations relatives aux conditions dont sont assortis les régimes d'assurance accroît la complexité inhérente à l'assurance maladie.) **L'Inspecteur propose que les entités des Nations Unies qui administrent un régime d'assurance maladie veillent à ce que les informations relatives à la couverture et aux prestations de ces régimes, y compris les restrictions et les plafonds y afférents, soient consultables en ligne (par. 31).**

2. (La reconnaissance mutuelle et sans réserve de l'affiliation antérieure à des régimes d'assurance maladie d'autres entités du système des Nations Unies n'est pas toujours pleinement accordée. L'OIT et l'OMS exigent que cinq des dix années d'affiliation requises pour être admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service aient été acquises dans leurs régimes respectifs.) **L'Inspecteur estime qu'une telle précaution va à l'encontre de la nécessité de respecter et renforcer la politique de mobilité interinstitutions et de lutter contre l'âgisme. L'Inspecteur recommande par conséquent que cette restriction soit levée (par. 63).**
3. (Concerne la prise en compte d'un montant autre que les pensions réelles pour le calcul des cotisations des retraités.) **L'Inspecteur suggère qu'à chaque fois que des données sont disponibles, les cotisations des retraités à leurs régimes d'assurance maladie respectifs soient calculées sur la base des pensions réelles (ou d'une proportion uniforme de celles-ci), et non selon une quelconque approximation, afin qu'elles correspondent mieux à la capacité de paiement des retraités (par. 78).**
4. (Concerne l'harmonisation du nombre d'années dont il est tenu compte dans l'estimation de la pension servant de base au calcul des cotisations des retraités, ce qui permettrait de réduire la part des primes que doivent supporter les entités participantes pour les retraités qui justifient d'une durée limitée de cotisation.) **L'Inspecteur suggère que la base de calcul des cotisations prenne en considération, outre la capacité de paiement (dans l'absolu, la pension réelle), la nécessité de réduire au minimum les subventions excessives allouées aux retraités qui ont peu cotisé au régime lorsqu'ils étaient en activité (par. 82).**
5. **L'Inspecteur est également d'avis que le droit à la sécurité sociale et, en particulier, à l'assurance maladie implique que les organisations assument à tout le moins la moitié du coût des régimes (par. 88).**
6. (Des membres du personnel exerçant leurs fonctions dans un même contexte sont assujettis à un traitement différent uniquement, ou principalement, sur la base de leur affiliation à un régime d'assurance maladie particulier.) **L'Inspecteur suggère que les entités des Nations Unies coordonnent leurs efforts au niveau des lieux d'affectation afin d'éviter, dans la mesure du possible, les disparités de cotisations et de couverture (par. 92).**
7. **L'inspecteur suggère que les entités participantes adaptent leurs politiques et contrats d'assurance maladie afin de veiller à ce que les mécanismes de plafonnement du montant restant dû par l'assuré ou les mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles reposent sur le principe d'un soutien financier équivalent pour tous les assurés et à ce que cette aide ne soit accordée qu'en cas de difficultés réelles au regard de leur capacité de paiement (par. 100).**
8. **L'Inspecteur suggère que les régimes d'assurance maladie financés par les Nations Unies couvrent les soins préventifs, y compris les examens médicaux de routine (par. 106).**
9. (Plusieurs régimes offrent la possibilité de reporter sur l'année suivante les sommes non dépensées pour des dispositifs optiques.) **Selon l'Inspecteur, cette pratique devrait être remplacée par une couverture annuelle suffisante pour répondre aux besoins médicaux réels lorsqu'ils se présentent, ce qui permettrait de maintenir la corrélation temporelle entre les cotisations et la couverture des risques, et d'éviter que les bénéficiaires ne soient contraints de reporter l'achat des dispositifs nécessaires jusqu'à ce qu'ils puissent faire usage de la totalité du forfait prévu par le contrat (par. 107).**
10. (Le niveau de la couverture financière offerte dans un même lieu d'affectation varie considérablement d'un régime à l'autre.) **L'Inspecteur recommande, à titre de mesure prioritaire, de réduire ou d'éliminer progressivement les disparités des plafonds mis en place au sein d'un même lieu d'affectation, grâce à la coordination et à l'harmonisation des contrats (par. 108).**
11. **Si l'Inspecteur déconseille, en raison de leur nature différente, d'incorporer les soins de longue durée dans les contrats ou régimes d'assurance maladie, il suggère que les entités des Nations Unies consultent les représentants des fonctionnaires en activité et**

des retraités afin de mettre en place un régime d'assurance distinct couvrant ces types de risques et de soins de manière coordonnée et pour un coût abordable (par. 116).

12. **L'Inspecteur recommande de maintenir une séparation claire des tâches entre les services en charge des ressources humaines et les équipes qui s'occupent de la gestion des demandes de remboursement et des réclamations relatives à l'assurance maladie, afin de veiller à ce que les données personnelles touchant à la santé et à l'assurance maladie bénéficient d'une protection maximale (par. 121).**

13. **Il est suggéré que, quel que soit le type de régime d'assurance maladie (auto-administré ou externalisé), les entités s'emploient à suivre de plus près la performance dudit régime et en analyser les résultats de manière systématique et mesurable (par. 130).**

14. (Les chartes de service aux assurés sont établies par les assureurs ou les tiers administrateurs, et non par l'administration.) **L'Inspecteur suggère que les chartes de service aux assurés soient établies et publiées par les organisations elles-mêmes, quelle que soit la manière dont les services d'assurance maladie sont fournis (par. 131).**

15. (Les objectifs concernant les services fournis aux assurés par les quatre régimes auto-assurés et auto-administrés sont moins ambitieux que ceux des régimes externalisés.) **Tout en estimant qu'il s'agit là de bons exemples d'objectifs centrés sur les assurés, l'Inspecteur propose d'en suivre la mise en œuvre par des indicateurs de résultats pertinents (par. 132).**

16. (Des indicateurs sont utilisés pour le suivi de la performance des régimes d'assurance, mais leur qualité et leur portée varient.) **De l'avis de l'Inspecteur, ces indicateurs constituent une bonne pratique qui devrait être reproduite et éventuellement harmonisée dans tous les régimes, quel que soit leur type, et faire partie, le cas échéant, des chartes de service aux assurés (par. 133).**

17. **Étant donné que les coûts de l'assurance maladie sont cofinancés à la fois par les fonctionnaires en activité et par les retraités, et compte tenu de ce que l'assurance maladie est un élément essentiel de leurs droits à la sécurité sociale, il est impératif de remettre aux assurés des rapports périodiques, quelle que soit l'entité qui administre le régime (par. 134).**

18. **L'Inspecteur suggère que les entités des Nations Unies restent en contact avec les tiers administrateurs ou les assureurs pour demander des informations régulières sur les résultats financiers de leurs régimes afin de pouvoir les évaluer et les utiliser pour proposer, le cas échéant, des modifications à apporter aux contrats (par. 141).**

19. (Les paiements en espèces aux prestataires de services de santé et aux pharmacies devraient être strictement limités aux montants raisonnables et habituels pour le pays de résidence, car plus les sommes sont importantes, moins elles favorisent la prévention de la fraude.) **L'Inspecteur suggère de réactualiser et de revoir à la baisse les plafonds de paiement en espèces autant que possible, et ce, pour tous les types d'assurance maladie (par. 153).**

20. (Sélection aléatoire d'un échantillon de demandes de remboursement afin de détecter les fraudes au regard des seuils fixés pour les contrôles.) **L'Inspecteur propose que ces seuils soient périodiquement réactualisés de façon à garantir l'efficacité des contrôles et à faire en sorte qu'ils donnent les résultats escomptés (par. 154).**

21. **L'Inspecteur suggère d'avoir recours à des indicateurs pour surveiller le risque de fraude, mais les indicateurs liant la probabilité de fraude à la rémunération des bénéficiaires devraient être abandonnés et remplacés par d'autres qui reflètent mieux les risques pris en compte (par. 155).**

22. **L'Inspecteur recommande que les régimes auto-administrés veillent tout particulièrement à ce que le personnel chargé de traiter les demandes de remboursement soit formé à la prévention et à la détection des fraudes, et que ces régimes soient toujours dotés ou se dotent des techniques de détection les plus récentes, en ce compris les outils d'intelligence artificielle générative (par. 156).**

23. (Les mesures disciplinaires doivent être proportionnelles à la gravité de la faute, tout en préservant le droit à la sécurité sociale.) **L'Inspecteur recommande que les sanctions résultant de fraudes à l'assurance maladie soient toujours, comme pour toute autre fraude ou faute, proportionnelles à leur gravité, conformément au statut et au règlement du personnel (par. 158).**

24. (Le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service a recommandé en 2018 que « toutes les possibilités de maîtrise des dépenses au titre de l'assurance maladie continuent d'être examinées dans le cadre des débats interinstitutions tenus sous les auspices du Comité de haut niveau sur la gestion ».) **L'Inspecteur suggère aux entités participantes de relancer les discussions interinstitutions en vue de mettre en œuvre cette recommandation (par. 159).**

25. **L'Inspecteur recommande de procéder périodiquement à des audits pour évaluer, entre autres, l'exactitude des dossiers d'admissibilité et des règlements effectués à la suite des demandes de remboursement, et pour déterminer si l'administrateur s'acquitte de ses tâches selon les normes convenues (par. 166).**

26. (Une autre bonne pratique relevée lors de l'examen est l'inclusion, dans certains contrats d'assurance ou d'administration, d'une clause exigeant que le gestionnaire soit certifié par une entité externe accréditée dans le domaine de la gestion, de la détection et de la prévention des risques de fraude, ainsi que de dispositions permettant à l'entité participante d'auditer sur site ou hors site les systèmes, procédures et pratiques de contrôle interne de l'assureur ou du tiers administrateur.) **L'Inspecteur suggère que les dispositions contractuelles des régimes administrés en externe ou externalisés soient révisées autant que faire se peut afin d'y intégrer de telles clauses et de veiller à ce que les prérogatives qu'elles confèrent pour l'exécution des audits soient effectivement exercées (par. 167).**

27. **L'Inspecteur propose que les entités participantes réévaluent la couverture de leur régime d'assurance maladie afin de remédier aux carences les plus importantes et de l'aligner progressivement et durablement sur les modèles actuels, en ayant toujours à l'esprit de le faire en étroite concertation avec leurs représentants afin de veiller à ce que leurs priorités et la stabilité financière des régimes soient prises en compte. Selon le sondage mondial réalisé par le CCI, une attention spéciale devrait être accordée aux domaines suivants : soins ambulatoires, en particulier pour le personnel recruté localement ; soins de longue durée ; conditions entourant la prise en charge des handicaps physiques et des traitements médicamenteux pour les maladies chroniques ; kinésithérapie ; examens médicaux de routine ; soins dentaires ; soins optiques ; soins de santé mentale ; soins relevant de la médecine de la procréation (par. 187).**

28. (Le degré de satisfaction concernant la rigueur du traitement des demandes de remboursement varie considérablement selon les régimes, y compris lorsque ceux-ci relèvent d'un même tiers administrateur.) **L'Inspecteur suggère d'harmoniser, dans l'ensemble du système des Nations Unies, les accords relatifs au niveau de service, notamment en ce qui concerne leur suivi et les rapports y afférents (par. 195).**

29. (Les personnes recrutées localement qui ont répondu au sondage mondial du CCI sont sensiblement moins satisfaites de la rapidité des remboursements que leurs homologues recrutés sur le plan international.) **L'Inspecteur propose que les entités concernées revoient leurs politiques et pratiques en matière d'avances ou de prises en charge directes afin d'accélérer les procédures et d'éviter de placer les bénéficiaires dans de graves difficultés financières, en particulier pour les situations d'urgence, les séjours en milieu hospitalier et les soins de longue durée (par. 196).**

30. (Seuls 52 % des sondés pensent que les administrateurs de leur régime d'assurance maladie sont bien au fait de la couverture offerte pour ce qui concerne l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles.) **L'Inspecteur estime qu'il s'agit là d'un domaine dans lequel la formation du personnel chargé des relations avec les assurés devrait être améliorée. Aussi suggère-t-il que les administrateurs abordent régulièrement ces questions dans leurs programmes de formation (par. 201).**

31. **Pour éviter de planifier à l'avance l'utilisation qui pourrait être faite des économies réalisées dans le cadre du mécanisme de financement de l'assurance maladie après la cessation de service, l'Inspecteur recommande que toutes les affectations possibles de fonds non dépensés pour les besoins dudit régime soient approuvées de manière ponctuelle par l'organe délibérant compétent (par. 222).**

32. (La transparence budgétaire est aussi importante que la transparence des états financiers.) **Il est recommandé de faire état et de tenir compte, dans chaque cycle budgétaire, du coût total et réel du personnel au moment d'arrêter les priorités budgétaires (par. 229).**

33. (Le choix de la méthode par capitalisation ne doit pas être lié à d'éventuels ajustements de l'assurance maladie.) **L'Inspecteur est d'avis que le provisionnement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils se créent ne devrait pas être subordonné aux modifications qui pourraient être apportées à la politique en matière d'assurance maladie (par. 233).**



## Table des matières

	<i>Page</i>
Résumé.....	iii
Sigles et acronymes.....	xviii
Glossaire des principaux termes.....	xix
I. Introduction.....	1
A. Contexte.....	1
B. Objectifs et portée.....	3
C. Effets escomptés.....	4
D. Méthodologie.....	5
II. Étude comparative des régimes d'assurance maladie du personnel en activité et à la retraite.....	8
A. Politiques des entités participantes en matière d'assurance maladie et conformité au regard du statut de leur personnel.....	8
B. Type, administration et gouvernance des régimes d'assurance maladie.....	11
C. Critères d'admissibilité.....	18
D. Primes et répartition de la charge des cotisations entre les entités et les assurés.....	26
E. Couverture et prestations.....	38
F. Protection des données médicales et données relatives à la santé des membres du personnel.....	45
III. Efficacité et efficacité des régimes d'assurance maladie.....	48
A. Suivi des objectifs et des résultats des régimes d'assurance maladie, et rapports y relatifs.....	48
B. Résultats financiers des régimes d'assurance maladie.....	51
C. Prévention de la fraude, maîtrise des dépenses et passation de marchés.....	59
IV. Adéquation et qualité des services.....	66
A. Couverture et coûts.....	66
B. Accès aux soins de santé.....	73
C. Qualité de l'administration de l'assurance maladie.....	75
V. Déclaration, financement et incidences budgétaires du passif et des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.....	81
A. Situation relative à la déclaration du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.....	81
B. Financement et budgétisation de l'assurance maladie après la cessation de service.....	85
<b>Annexes</b>	
I. Conditions d'affiliation aux régimes d'assurance maladie.....	100
II. Liste récapitulative des principaux indicateurs de résultats figurant dans les accords conclus avec des tiers administrateurs concernant le niveau de service.....	103
III. Vue d'ensemble des propositions du Secrétaire général relatives à l'assurance maladie après la cessation de service.....	107
IV. Vue d'ensemble des mesures que les entités participantes sont appelées à prendre conformément aux recommandations du Corps commun d'inspection.....	111

## Sigles et acronymes

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
CCI	Corps commun d'inspection
CCS	Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
(Normes) IPSAS	Normes comptables internationales du secteur public
ITC	Centre du commerce international
OACI	Organisation de l'aviation civile internationale
OIT	Organisation internationale du Travail
OMI	Organisation maritime internationale
OMM	Organisation météorologique mondiale
OMPI	Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONU-Habitat	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ONU Tourisme	Organisation mondiale du tourisme
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
UIT	Union internationale des télécommunications
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
UPU	Union postale universelle

## Glossaire des principaux termes

<b>Antisélection</b>	L'antisélection, également appelée sélection adverse, est un terme utilisé dans le secteur de l'assurance pour décrire une situation dans laquelle la volonté d'un individu de s'assurer est en réalité corrélée avec un risque de perte, corrélation que l'assureur n'est pas en mesure d'intégrer dans ses tarifs. Cela peut déstabiliser le pool d'assurance et entraîner une augmentation des primes pour tous les titulaires des contrats d'assurance.
<b>Assurance partagée</b>	L'assurance partagée est le pourcentage du coût des services de santé dispensés à l'assuré que celui-ci doit supporter (par exemple, 20 % du prix d'une consultation).
<b>Régime d'assurance privé</b>	Un régime d'assurance privé est un régime dont les risques et l'administration ont été confiés à une compagnie d'assurance du secteur privé. Les régimes privés d'assurance maladie sont structurés sous la forme d'un réseau de prestataires de soins privilégiés, d'un réseau de soins coordonné ou d'une combinaison de ces deux formules. Ces deux types de régimes se distinguent principalement par le fait qu'un réseau de soins coordonné oblige les patients à faire appel aux prestataires et aux établissements du réseau s'ils veulent que l'assurance couvre les frais, alors qu'un réseau de prestataires de soins privilégiés permet aux patients d'être également pris en charge en dehors dudit réseau.
<b>Cotisation</b>	La cotisation est la partie de la prime d'assurance qu'acquitte chaque partie, c'est-à-dire les bénéficiaires et l'organisation qui les emploie et qui est chargée de fournir l'assurance, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un assureur externe.
<b>Part à charge de l'assuré</b>	La part à charge de l'assuré, ou ticket modérateur, est un montant fixe que les bénéficiaires doivent payer pour couvrir le coût des services de santé qui leur ont été dispensés (par exemple, 20 dollars par consultation).
<b>Franchise</b>	La franchise est le montant qu'un assuré doit payer chaque année de sa poche pour des services de santé couverts par le régime d'assurance avant que celui-ci ne commence à prendre en charge les dépenses engagées.
<b>Dépenses non prises en charge</b>	Les dépenses non prises en charge sont celles liées à des soins de santé qui ne sont pas remboursées par un régime d'assurance maladie. Il s'agit généralement des franchises, de l'assurance partagée et des tickets modérateurs.
<b>Prime</b>	La prime est le coût de la couverture d'assurance, qui comprend les cotisations versées par les employeurs, les membres du personnel en activité et les retraités.
<b>Régime auto-assuré</b>	L'assurance maladie auto-assurée est un type de régime dans lequel l'employeur assume le risque financier que représente le fait de servir à son personnel des prestations dans le domaine des soins de santé.
<b>Tiers administrateur</b>	Un tiers administrateur est une entité qui traite les demandes de remboursement et s'occupe de l'administration quotidienne des régimes auto-assurés, y compris le service auquel peuvent s'adresser les assurés.



# I. Introduction

## A. Contexte

### 1. Postulats de base

1. **L'assurance maladie et son financement : une problématique qui intéresse l'ensemble du système des Nations Unies.** L'examen de la qualité, de l'efficacité, de l'efficience et de la viabilité des régimes d'assurance maladie en vigueur dans le système des Nations Unies a été inscrit au programme de travail du Corps commun d'inspection (CCI) pour 2022, en réponse à des demandes formulées de longue date par le Comité consultatif indépendant pour les questions d'audit du Secrétariat de l'ONU, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'Organisation maritime internationale (OMI) et l'Organisation météorologique mondiale (OMM). L'assurance maladie et son financement concernent l'ensemble du système des Nations Unies – sans pour autant qu'il s'agisse d'une question relevant entièrement de leur régime commun – ; ils reviennent constamment à l'ordre du jour des entités des Nations Unies depuis des décennies et font sans cesse l'objet de remaniements qui s'expliquent par l'évolution des tendances démographiques au sein de la population assurée et par l'accroissement des coûts résultant des progrès technologiques et d'autres faits nouveaux dans le domaine de la santé<sup>1</sup>.

2. **L'assurance maladie du personnel fait partie des conditions d'emploi les plus importantes.** Elle constitue une composante majeure des avantages liés à la rémunération du personnel des entités des Nations Unies depuis la création de l'ONU en 1945, quand elle ne remonte pas à plus longtemps – la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du Bureau international du Travail (OIT) a ainsi vu le jour en décembre 1922, avant même l'adoption de la première norme internationale du travail sur « l'assurance maladie ». Cependant, bien que l'assurance maladie du personnel fasse partie des conditions d'emploi essentielles et constitue la troisième composante en ordre d'importance et la plus onéreuse de l'ensemble des avantages liés à la rémunération des fonctionnaires des entités du système des Nations Unies, après la rémunération, les primes et les retraites, la portée de son examen en tant que question relevant du « régime commun » est limitée, du fait en partie d'un manque de coordination politique et de l'absence d'orientations communes qui a amené chaque régime d'assurance à évoluer distinctement au fil des ans, et en raison aussi de la disparité des conditions relatives à la fourniture des services de santé dans les différents pays ou lieux d'affectation et des profils démographiques des organisations. Avec le temps, des régimes d'assurance maladie divers et variés ont ainsi été adoptés par les entités des Nations Unies, avec des différences notables en termes de couverture, de coûts, de critères d'admissibilité et de degré de solidarité et de mutualisation des risques de santé propres à chacun d'eux<sup>2</sup>. Cette diversité a été considérée par la Commission de la fonction publique internationale comme un usage établi plutôt que comme un objectif<sup>3</sup>.

3. **La sécurité sociale : un droit du personnel, mais aussi un droit de la personne.** La sécurité sociale a été établie comme un droit fondamental de la personne au regard de la Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail et de la Recommandation n° 67 de l'OIT de 1944 sur la garantie des moyens d'existence. Ce droit a été réaffirmé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans le Pacte

<sup>1</sup> Voir le document [CEB/2002/5](#).

<sup>2</sup> Lors de sa vingt-troisième session, tenue en mars 1962, un rapport intérimaire de l'OMS sur l'expérience tirée de son régime mondial d'assurance maladie a été présenté au Comité consultatif pour les questions administratives. Les membres dudit Comité se sont accordés pour dire que toute entité pourrait mettre sur pied un régime similaire, mais ne devrait pas être en nette rupture avec le régime de l'OMS, afin de ne pas compromettre la possibilité d'un éventuel régime commun. Dix ans plus tard, lors d'une session spéciale tenue en juillet 1972, le Comité a toutefois conclu qu'un régime interinstitutions unique au niveau mondial était irréaliste (voir <https://unsceb.org/health-insurance>).

<sup>3</sup> « United Nations common system of salaries, allowances and benefits », février 2022, p. 13, consultable à l'adresse <https://icsc.un.org/Resources/SAD/Booklets/sabeng.pdf>.

international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. L'Organisation mondiale de la Santé définit le droit à la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ce droit englobe, selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'accès à des installations et services en matière de santé qui soient scientifiquement et médicalement appropriés, et de bonne qualité, notamment pour ce qui concerne les médicaments et le matériel, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits, et avec des cotisations établies sur la base du principe de l'équité<sup>4</sup>. Le droit à la santé va donc au-delà de la disponibilité formelle d'une assurance maladie et exige la fourniture effective de services adéquats de santé physique et mentale, indépendamment du lieu d'affectation.

## 2. Principaux faits nouveaux intervenus depuis l'examen de la couverture médicale du personnel du système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2007

4. **Le nombre de fonctionnaires assurés et les coûts de l'assurance maladie ont augmenté.** Le nombre de membres du personnel en activité et à la retraite affiliés aux régimes primaires d'assurance maladie des organisations ayant approuvé le statut du CCI est passé de 84 000 en 2004 à plus de 160 000 à la fin de 2022<sup>5</sup>. Le coût annuel de ces régimes a été porté, sur la même période, de 296 millions<sup>6</sup> à 1,2 milliard de dollars<sup>7</sup>. Globalement, le coût annuel moyen de l'assurance maladie pour la famille d'un fonctionnaire des Nations Unies, qui était de 3 536 dollars en 2004 (soit l'équivalent de 5 478 dollars en 2022, compte tenu de l'inflation), a atteint 7 259 dollars en 2022, ce qui représente une hausse de 32,5 % en termes réels.

5. **Les modifications intervenues dans les textes de loi et dans les comportements influencent l'évolution des besoins et des demandes en matière d'assurance maladie.** Au cours des dernières décennies, l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant a augmenté partout dans le monde et l'âge auquel se prend la décision de fonder une famille a reculé. Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) par exemple, entre 1995 et 2016, l'âge moyen à la première naissance a augmenté globalement de trois ans, passant de 26,0 à 28,9 ans<sup>8</sup>, tandis qu'aux États-Unis d'Amérique, il est passé de 24,9 ans en 2000 à 27,3 ans en 2021<sup>9</sup>. Il en a résulté une hausse de la demande de soins de santé relatifs à la fécondité. En outre, plus de 30 pays ont légalisé le mariage entre personnes de même sexe. De nombreux conjoints de même sexe sont désormais couverts par des régimes d'assurance maladie administrés par les Nations Unies. Les progrès de la technologie médicale, notamment l'offre de services de télésanté et autres services faisant appel à l'Internet, y compris pour l'administration de l'assurance maladie, influent également sur l'évolution des politiques et du fonctionnement des régimes d'assurance maladie.

6. **L'application des Normes comptables internationales du secteur public (Normes IPSAS) a eu pour effet d'attirer l'attention sur les obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.** Les Normes IPSAS adoptées par les entités des Nations Unies ont constitué une avancée majeure : elles leur ont en effet permis de produire des états financiers plus détaillés et plus transparents, et ont en particulier fait mieux ressortir les charges liées au droit qu'acquière progressivement les fonctionnaires de ces organisations, durant leur carrière, à bénéficier de soins de santé après leur départ à la retraite. Si importante soit-elle, la reconnaissance de ces charges demeure cependant insuffisante à en

<sup>4</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

<sup>5</sup> Le chiffre donné pour 2004 ne comprenait pas les membres du personnel affiliés aux régimes du HCR (10 170 personnes en 2022) et de l'Organisation mondiale du tourisme (ONU Tourisme) (260 personnes en 2022).

<sup>6</sup> Soit l'équivalent de 459 millions de dollars en 2022, compte tenu de l'inflation.

<sup>7</sup> Le chiffre donné pour 2004 n'incluait pas les coûts annuels du régime du HCR (19,6 millions de dollars en 2022) ni ceux du régime d'ONU Tourisme (1,7 million de dollars en 2022).

<sup>8</sup> OCDE, Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE (Paris, éd. OCDE, 2019).

<sup>9</sup> T. J. Matthews and Brady E. Hamilton, « Mean age of mother, 1970-2000 », National Vital Statistics Reports, vol. 51, n° 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2002) ; Michelle J. K. Osterman and others, « Births: final data for 2021 », National Vital Statistics Reports, vol. 72, n° 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2023).

juger par le manque persistant de financement ; il en résulte, d'une part, un déséquilibre financier qui, en se creusant, se répercute sur la situation financière des organisations, et, d'autre part, un risque budgétaire accru qui, à long terme, pourrait affecter l'exécution des mandats si les fonds nécessaires ne sont pas trouvés en temps voulu.

7. **La création d'un Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service a amené d'importants changements dans les politiques et pratiques.** À la demande de l'Assemblée générale, le Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion relevant du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) a, en 2015, chargé un Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service d'étudier les pratiques en la matière, ainsi que certains aspects majeurs des politiques d'assurance au sein du système des Nations Unies, et de voir quelles seraient les solutions possibles pour financer durablement les obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Les conclusions et recommandations dudit Groupe, notamment celles relatives aux modalités de financement desdites obligations et celles concernant les évaluations normalisées des engagements au titre de ce régime, ont permis de définir des orientations et bonnes pratiques destinées aux entités participantes et ont servi de référence pour le présent examen<sup>10</sup>.

## B. Objectifs et portée

### 1. Objectifs de l'examen

8. **Procéder à une évaluation indépendante des régimes d'assurance maladie afin de voir ce qui pourrait être fait pour améliorer leur efficacité.** Le présent examen a pour but et objectif global de présenter une évaluation comparative et indépendante, à l'échelle du système, des 26 régimes d'assurance maladie mis en place pour les membres du personnel en activité<sup>11</sup> et les fonctionnaires retraités des entités participantes ; cette évaluation porte principalement sur la couverture des régimes d'assurance maladie, leur qualité, leur efficacité, leur efficience et leur viabilité financière ; elles devraient ainsi permettre de recenser les bonnes pratiques et de repérer les domaines qui se prêteraient à des améliorations et à un effort de normalisation.

9. **Déterminer ce qui pourrait être fait pour mieux harmoniser les régimes précités.** Bien qu'un régime universel unique ne soit ni souhaitable ni réalisable, l'examen passe en revue les principaux aspects de l'assurance maladie susceptibles d'être davantage harmonisés, de façon à offrir une couverture plus équitable et plus abordable pour tous. Il analyse, dans cette optique, les contrats d'assurance maladie et leur gestion, notamment pour ce qui est des politiques et pratiques de maîtrise des dépenses, étudie les perspectives financières et budgétaires, et explore les possibilités qui permettraient de renforcer la coordination et la coopération entre les entités, notamment pour ce qui est de la mobilité du personnel.

### 2. Portée et objectifs

10. **L'examen couvre toutes les organisations ayant approuvé le statut du CCI.** Mené à l'échelle du système, le présent examen a passé en revue toutes les entités participantes, à savoir le Secrétariat de l'ONU, ses départements et ses bureaux, les fonds et programmes des Nations Unies, d'autres entités des Nations Unies, les institutions spécialisées des Nations Unies et l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA).

11. **L'examen s'est plus particulièrement intéressé aux régimes primaires d'assurance maladie cofinancés et administrés par les entités participantes.** En ce qui concerne les contrats d'assurance, tous les régimes primaires d'assurance maladie qui étaient en vigueur lors de l'établissement du présent rapport et étaient administrés et cofinancés par les entités participantes ont été passés au crible. Toutefois, l'examen ne couvre pas les

<sup>10</sup> On trouvera de plus amples informations à ce sujet à l'annexe III du présent rapport.

<sup>11</sup> Les fonctionnaires en activité sont ceux qui ont été recrutés, tant sur le plan international que localement, dans le cadre d'un engagement à durée déterminée, d'un engagement continu ou d'un engagement temporaire.

régimes nationaux (Autriche, Canada, États-Unis, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) auxquels ont accès les fonctionnaires et les retraités qui résident dans ces pays. Il n'a pas davantage pris en considération les régimes d'assurance maladie complémentaire proposés par certaines entités participantes.

12. **L'examen ne couvre pas l'assurance maladie des membres du personnel n'ayant pas la qualité de fonctionnaires.** Seuls les régimes d'assurance destinés aux fonctionnaires en activité et à la retraite ainsi qu'aux personnes à charge et non à charge admises à en bénéficier sont pris en compte dans cette analyse. En ont été par conséquent écartés les régimes d'assurance maladie destinés aux membres du personnel n'ayant pas la qualité de fonctionnaires ou aux fonctionnaires en congé spécial sans solde et autres situations similaires.

13. **Période et durée de l'examen.** L'examen s'est étalé sur la période allant de 2018 à 2022 ; il a été d'une durée variable en fonction des points abordés.

14. **Principaux domaines visés par l'analyse.** L'analyse à laquelle s'est livré l'examen s'est concentrée sur les quatre domaines clefs indiqués dans le tableau 1.

Tableau 1

**Principaux domaines visés par l'analyse réalisée lors de l'examen**

<i>Domaine visé par l'analyse</i>	<i>Portée</i>
Contrats d'assurance maladie	Analyse comparative des types de régimes, de leur couverture, de leurs exclusions, de leurs limitations, de leurs cotisations et de leurs droits de transférabilité et de portabilité
Efficacité et efficacité	Évaluation des aspects les plus importants de l'efficacité (objectifs, chartes de service et principaux indicateurs de résultats) et de l'efficacité (résultats financiers, prévention de la fraude, maîtrise des dépenses et passation de marchés)
Qualité de service	Analyse de la perception qu'ont les assurés de la couverture, de l'accès aux soins de santé et de l'efficacité avec laquelle leur régime d'assurance maladie est administré
Déclaration, financement et incidences à long terme des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service	État de la situation relative à la déclaration des engagements ; évaluations indépendantes ; harmonisation des hypothèses démographiques et financières ; état et sources de financement ; implications budgétaires à long terme des stratégies de financement actuelles

*Source* : Compilation du CCI.

## C. Effets escomptés

15. **Amélioration de la transparence, de l'efficacité, de l'efficacité, de la qualité et de la viabilité.** L'examen devrait rendre les bonnes pratiques suivies dans l'ensemble du système des Nations Unies plus visibles et déboucher sur la mise en chantier de réformes de fond en termes d'organisation et de gestion en vue d'accroître la transparence, l'efficacité, l'efficacité, la qualité et la viabilité des services d'assurance maladie fournis aux fonctionnaires et aux retraités. Il suggère également un certain nombre d'idées pour mieux harmoniser ou coordonner les différents types de régimes d'assurance maladie, et présente des propositions tendant à améliorer la transférabilité des droits à l'assurance maladie afin de faciliter la mobilité des fonctionnaires entre les institutions.

## D. Méthodologie

16. **Contenu du rapport.** Passé cet exposé introductif, le chapitre II du rapport consiste en une étude comparative des régimes d'assurance maladie mis en place pour les membres du personnel en activité et les fonctionnaires retraités des Nations Unies. Le chapitre III est consacré à l'analyse de l'efficacité et de l'efficience de ces régimes, y compris le suivi et l'établissement de rapports concernant leurs objectifs, les résultats financiers, la prévention de la fraude et la maîtrise des dépenses, ainsi que la passation de marchés et la gestion des contrats avec les tiers administrateurs et les compagnies d'assurance privées. Le chapitre IV est axé sur la qualité de service, qui a été évaluée sur la base d'une analyse des observations formulées lors d'un sondage mondial du personnel effectué en 2023. Le chapitre V s'intéresse pour sa part à l'état de la situation relative à la déclaration, au financement et aux incidences budgétaires à long terme des obligations au titre de l'assurance maladie après la retraite.

17. **Méthodes de collecte des données.** Conformément aux normes et procédures de travail du CCI, plusieurs méthodes de collecte de données qualitatives et quantitatives provenant de différentes sources ont été utilisées aux fins du présent examen, afin d'assurer la cohérence, la validité et la fiabilité de ses constatations. Bien que l'exactitude de certaines informations fournies par les entités participantes et recueillies lors des entretiens avec les membres du personnel assumant les différentes fonctions concernées et les représentants du personnel et des retraités n'ait pu être vérifiée, l'équipe a procédé à des recoupements et examiné les informations ainsi recueillies pour en vérifier la cohérence interne et la vraisemblance, chaque fois que nécessaire, et a systématiquement demandé des informations complémentaires ou des éclaircissements, le cas échéant.

18. **Outils de recherche.** À jour au 30 septembre 2023, les éléments qui ont permis d'établir le présent rapport ont été obtenus comme suit :

- Étude documentaire. L'équipe a passé en revue l'ensemble des documents pertinents concernant la politique et la gestion des régimes d'assurance maladie, notamment tous les contrats cofinancés et les contrats connexes conclus avec des assureurs externes ou des tiers administrateurs, les rapports du Secrétaire général et du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service, ainsi que les résolutions de l'Assemblée générale y relatives, les états financiers audités et les évaluations actuarielles des engagements au titre de ce régime soumises par les entités participantes, et des documents divers et variés communiqués par les associations et les représentants du personnel et des retraités. L'équipe a également consulté des documents et sites Web pertinents établis par des organismes du secteur public et du secteur privé, ainsi que des études et ouvrages traitant de l'assurance maladie ;
- Questionnaire. Un questionnaire institutionnel a été adressé à chacune des 28 entités participantes afin d'obtenir des données qualitatives et quantitatives ainsi que des documents étayant ces données. Le questionnaire comportait 68 questions portant sur les cinq volets suivants : a) règlements et politiques en matière d'assurance maladie ; b) efficacité et efficience des contrats d'assurance maladie et de leur administration ; c) qualité de service ; d) déclaration, financement et incidences à long terme des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ; e) informations sur le suivi des recommandations formulées par le CCI dans son précédent rapport<sup>12</sup> ;
- Sondage mondial du personnel. Un sondage mondial a été réalisé auprès de tous les membres du personnel, en activité et à la retraite, bénéficiant de régimes d'assurance maladie financés par l'organisation pour laquelle ils travaillaient ou avaient travaillé afin de recueillir leurs commentaires sur des aspects essentiels de la couverture, notamment la santé mentale, les soins d'affirmation de genre et la maladie à coronavirus (COVID-19), ainsi que sur la qualité des services administratifs et l'accès aux soins de santé dans leur lieu d'affectation. En tout, 23 163 personnes y ont

<sup>12</sup> [JIU/REP/2007/2](#).

répondu, ce qui représente 14,7 % du nombre total de fonctionnaires actifs et retraités affiliés aux régimes d'assurance maladie examinés ;

- Entretiens. Sur la base des réponses fournies au questionnaire institutionnel, l'équipe a mené, du mois de février au mois d'août 2023, un total de 48 entretiens (16 en présentiel et 32 en mode virtuel) avec 147 personnes représentant les entités participantes qui administrent les régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies, les associations de fonctionnaires et de retraités concernées, la Commission de la fonction publique internationale et la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ;
- Des demandes d'informations complémentaires portant, entre autres, sur les données démographiques et les résultats financiers des régimes ont été envoyées à leurs administrateurs à l'issue des entretiens ;
- Études de cas. Dans le cadre de l'examen, des études de cas ont été réalisées en vue de comparer le pourcentage que constituent les cotisations versées pour les primes d'assurance maladie par rapport à la rémunération de fonctionnaires occupant des postes de même classe et même échelon dans de mêmes lieux d'affectation, mais couverts par des régimes d'assurance maladie différents. Six lieux d'affectation (Bangkok, Brasilia, Djouba, Genève, Le Caire et Nairobi) ont été choisis pour ces études de cas.

19. **Examen interne par les pairs et contrôle externe de la qualité.** Conformément à l'article 11.2 du Statut du Corps commun d'inspection et à des fins d'assurance qualité, le projet de rapport a fait l'objet d'un examen interne par les pairs afin de recueillir les observations de tous les inspecteurs du CCI et de soumettre les recommandations au jugement collectif du Corps. Le rapport révisé a ensuite été distribué aux organisations examinées pour leur permettre de corriger d'éventuelles erreurs factuelles et de présenter des commentaires concernant les résultats, les conclusions et les recommandations. Le rapport a été finalisé en tenant compte de tous les commentaires reçus, l'auteur assumant toutefois à lui seul la responsabilité finale de l'examen.

20. **Limitations.** Le sondage a dû être reporté à plusieurs reprises en raison de l'indisponibilité de l'outil nécessaire à sa réalisation, en passe d'être remplacé par une autre plateforme à l'époque où il devait être lancé. L'avancement du projet a également été entravé par l'impossibilité, par intermittence, de trouver les ressources humaines qui lui étaient indispensables, et ce depuis son démarrage en mai 2022 jusqu'à la fin du mois de décembre de la même année.

21. **Garanties déontologiques.** L'examen a été mené conformément au Statut du CCI et à son règlement intérieur. La protection de la confidentialité des parties prenantes qui ont répondu au questionnaire institutionnel, participé aux entretiens et pris part au sondage en ligne a été dûment prise en compte. L'équipe n'a subi, dans l'exercice de ses obligations professionnelles et déontologiques, aucune influence extérieure qui aurait pu affecter son indépendance, son équité, sa neutralité ou son intégrité professionnelle au cours des phases de planification, de réalisation et de rédaction du présent rapport.

22. **Recommandations.** Le présent rapport contient 7 recommandations formelles, dont 2 (les recommandations 4 et 7) s'adressent aux organes délibérants et directeurs, et 5 aux chefs de secrétariat des entités ayant approuvé le statut du CCI. L'application rapide et efficace des recommandations adressées aux chefs de secrétariat serait grandement facilitée si les organes délibérants et les organes directeurs y apportaient expressément leur soutien et si leur application était suivie par les chefs de secrétariat. Les recommandations formelles sont complétées par 33 recommandations informelles, qui constituent des suggestions d'améliorations supplémentaires et qui figurent en gras dans le rapport. Afin de faciliter le traitement au rapport ainsi que l'application et le suivi des recommandations qu'il contient, l'annexe IV indique si ces dernières sont présentées pour suite à donner ou pour information uniquement.

23. **Remerciements.** L'Inspecteur et son équipe tiennent à remercier tous les fonctionnaires des entités des Nations Unies et les représentants des associations du personnel en activité et des retraités et autres instances qui ont contribué à l'établissement de ce rapport, en particulier ceux qui ont répondu au questionnaire institutionnel et au sondage en ligne et qui ont participé aux entretiens et à la préparation des réponses aux demandes d'information complémentaires, acceptant ainsi de partager leurs connaissances et compétences et de faire part de leurs points de vue.

## II. Étude comparative des régimes d'assurance maladie du personnel en activité et à la retraite

24. Le présent chapitre rend compte des principales constatations tirées d'une étude comparative des 26 régimes d'assurance maladie administrés par les organisations ayant approuvé le statut du CCI pour les membres de leur personnel en activité et leurs retraités. Il a pour but de mettre en évidence leurs similitudes et leurs différences et, le cas échéant, de faire ressortir leurs éventuelles carences et de déterminer ce qui pourrait être fait pour en améliorer la transparence, la coordination et la coopération, la cohérence et l'harmonisation, ainsi que l'efficacité. La partie A de ce chapitre traite des politiques qui, au sein des entités participantes, régissent la fourniture des prestations d'assurance maladie destinées à leur personnel ; la partie B donne un aperçu de l'organisation et de l'administration desdits régimes ; la partie C passe en revue les critères d'admissibilité auxquels doivent satisfaire les fonctionnaires en activité pour y avoir droit ainsi que pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, y compris pour ce qui concerne les personnes à charge des assurés, les membres de leur famille et autres personnes qui leur sont liées ; la partie D traite de la répartition de la charge des cotisations relatives aux primes d'assurance maladie entre les assurés et les organisations qui les emploient ; la partie E compare les prestations et la couverture d'assurance maladie proposées par les différents régimes.

25. L'analyse ci-après évalue ces constatations sous l'angle, notamment, des trois grands principes consacrés par le régime commun des Nations Unies, à savoir la nécessité : a) d'éviter de graves inégalités dans les termes et les conditions d'emploi ; b) d'éviter la concurrence dans le recrutement du personnel ; c) de faciliter l'échange de fonctionnaires entre les organisations appliquant le régime commun<sup>13</sup>.

### A. Politiques des entités participantes en matière d'assurance maladie et conformité au regard du statut de leur personnel

26. **Les organes directeurs et les organes délibérants se montrent très peu actifs pour ce qui est de l'élaboration des politiques en matière d'assurance maladie.** Les entités des Nations Unies ont l'obligation de mettre en place un régime de sécurité sociale pour les membres de leur personnel, en ce compris une couverture maladie, comme le prévoient leur statut et d'autres instruments juridiques. Mais, à une exception près, tous les textes réglementaires se bornent à reconnaître le droit à la sécurité sociale et à donner aux chefs de secrétariat desdites entités tous pouvoirs pour définir les politiques en la matière ; ainsi, l'article 6.2 du Statut du personnel des Nations Unies<sup>14</sup> indique simplement que « le/la Secrétaire général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Voir [https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries\\_allowances/common.htm](https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/common.htm).

<sup>14</sup> ST/SGB/2018/1. Le Statut et Règlement du personnel de l'Organisation des Nations Unies s'applique aux entités ci-après : Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), HCR, Centre du commerce international (ITC), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS).

<sup>15</sup> Des dispositions similaires figurent dans d'autres instruments juridiques encadrant le droit à la sécurité sociale du personnel d'entités participantes auxquelles ne s'applique pas le Statut et Règlement du personnel de l'Organisation des Nations Unies, à savoir l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (« Le/la Directeur/Directrice général(e) établit pour le personnel, les retraités admis à en bénéficier, ainsi que les personnes à leur charge reconnues comme telles par l'Organisation, un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'OIT (« La Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du Bureau international du travail (BIT) ... a pour but d'assurer, dans la mesure prescrite par les présents Statuts et leur Règlement administratif, le remboursement

27. **Cette latitude fait que plusieurs types de régimes de sécurité sociale continuent de coexister.** L'Inspecteur note que l'article 6.2 du Statut du personnel des Nations Unies ainsi que les règlements équivalents établis par les autres entités participantes ne contiennent qu'un engagement général de leur part à veiller à la protection de la santé de leur personnel, si bien que le droit à la sécurité sociale peut être mis en œuvre de différentes façons et à des degrés divers. C'est là ce qui explique que l'on dénombre 26 régimes d'assurance maladie différents dans les entités participantes, comme l'a déjà noté le Corps commun d'inspection dans son précédent rapport sur le sujet, qui relevait déjà « l'absence apparente de contrôle de la part des États Membres sur la création des régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies », en parfaite opposition avec le rôle que jouent les États Membres « dans la détermination des barèmes de traitement et autres prestations, dont les prestations de retraite »<sup>16</sup>.

28. **Les divergences entre les régimes ne sont pas toujours dictées par des raisons impérieuses.** L'un des arguments souvent invoqués à l'encontre d'un régime d'assurance maladie uniformisé à l'échelle du système des Nations Unies est le fait que les entités onusiennes ont des mandats différents, opèrent dans des zones géographiques différentes et présentent, parmi leurs fonctionnaires (et leurs retraités) des profils de risque et des besoins différents en matière de soins de santé, d'où la nécessité de différencier non seulement les critères d'admissibilité et la couverture des régimes mais aussi les primes et les cotisations. Si, dans certains cas, l'examen a permis de constater que l'existence de multiples régimes obéissait à des motifs parfaitement justifiés (par exemple, d'importants écarts en termes de coût et d'offre de services de santé entre les lieux d'affectation ou de résidence), il n'en est pas toujours ainsi et il a quelquefois été observé que les personnes interrogées faisaient uniquement valoir que les régimes avaient suivi des trajectoires divergentes au fil du temps. Comme l'a noté le CCI en 2007, cette situation est très probablement due à l'absence d'orientations coordonnées à l'échelle du système des Nations Unies, c'est-à-dire au fait que les États Membres n'ont pu exercer aucun contrôle sur la mise en place de ces régimes au sein du système. L'AIEA fait ici figure d'exception : le Statut du personnel de cette entité dispose, en son l'article 8.03, que le Directeur général doit obtenir « l'approbation du Conseil des gouverneurs » pour instituer un régime d'assurance maladie pour le personnel de l'Organisation<sup>17</sup>.

---

des frais que les personnes qu'elle protège pourraient encourir pour la sauvegarde de leur santé, et notamment pour des soins médicaux en cas de maladie, d'accident et de maternité, ainsi que pour des soins préventifs personnels », l'OMI (« Le/la Secrétaire général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'OMM (« Le/la Secrétaire général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) (« En plus de ce qui est prévu à l'article 6.1, le Directeur général établit pour les fonctionnaires et les autres personnes employées par l'OMPI que désigne le Bureau international un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'OMS (« Le/la Directeur/Directrice général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) (« Le/la Directeur/Directrice général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour l'assurance maladie »), ONU Tourisme (« Un système d'assurance maladie doit être organisé par le/la Secrétaire général(e) avec une compagnie d'assurance réputée, en prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'Union internationale des télécommunications (UIT) (« Le/la Secrétaire général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale ... prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »), l'UNESCO (« Le/la Directeur/Directrice général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés ») et l'Union postale universelle (UPU) (« Sous réserve des conditions prévues par le Règlement du personnel, le/la Directeur/Directrice général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés »).

<sup>16</sup> JIU/REP/2007/2.

<sup>17</sup> L'article 8.03 du Statut du personnel de l'AIEA dispose ce qui suit : « Le Directeur général peut instituer, avec l'approbation du Conseil des gouverneurs, un système d'assurance soins médicaux et d'assurance hospitalisation à l'intention des fonctionnaires qui ne sont pas couverts par un autre système d'assurance maladie ; il peut, à cet effet, soit créer une caisse dont les fonds sont fournis par

29. **Des efforts louables d'harmonisation ou de coordination de certains éléments des régimes d'assurance maladie ont pu être constatés, mais il est possible d'aller plus loin.** Le HCR, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Secrétariat de l'ONU et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) se réunissent périodiquement au sein d'un groupe de travail afin de discuter d'une éventuelle harmonisation de leurs régimes d'assurance maladie. De même, les administrateurs des régimes auto-assurés basés à Genève – l'Office des Nations Unies à Genève, l'OIT et l'OMS – se retrouvent régulièrement pour négocier des tarifs préférentiels auprès des prestataires de services de santé à Genève et échanger des informations concernant les modifications apportées aux contrats d'assurance maladie, tandis que l'Union internationale des télécommunications (UIT) a récemment mis fin à son propre régime d'assurance privé pour rejoindre celui de l'Office des Nations Unies à Genève. De leur côté, les organisations basées à Vienne – l'AIEA, l'Office des Nations Unies à Vienne/Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) – se rencontrent, fût-ce de manière plus sporadique, pour mettre en commun leurs points de vue et leurs données d'expérience en matière d'administration de régimes totalement privés. Par ailleurs, depuis le précédent examen mené à ce sujet par le CCI en 2007, quatre nouveaux régimes d'assurance maladie ont vu le jour, ce qui a créé de nouvelles divergences. L'un est un nouveau régime établi par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) pour son personnel hors siège recruté localement, et deux autres ont été institués par le Programme alimentaire mondial (PAM) après que ce dernier eut décidé de ne plus souscrire aux régimes administrés par la FAO. Le quatrième est le régime d'assurance maladie que le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS) a conçu pour son personnel hors siège recruté localement, en lieu et place du régime du PNUD auquel il était auparavant rattaché.

30. **Il manque un minimum de principes, d'exigences ou de normes auxquels devrait satisfaire un régime d'assurance maladie financé par les Nations Unies.** L'Inspecteur reconnaît qu'à l'heure actuelle, il n'est pas possible d'avoir un seul régime d'assurance maladie pour toutes les entités du système des Nations Unies et qu'un tel régime ne serait ni efficace ni adapté aux différents besoins ou préférences du personnel. Il faudrait pouvoir disposer d'un minimum de principes, d'exigences ou de normes pour évaluer l'adéquation des régimes d'assurance maladie, ce qui non seulement permettrait de faciliter l'élaboration et de renforcer la cohérence des politiques en la matière, mais également de déterminer si les 26 régimes d'assurance maladie existants répondent comme il se doit à l'engagement pris dans le cadre des statuts et règlements pertinents, si sommaires et souvent concis soient-ils. Grâce à une analyse comparative des principales caractéristiques de ces régimes, notamment leurs critères d'admissibilité, leur niveau de prestations et de couverture, ainsi que leurs règles relatives à la fixation des primes, le présent examen entend attirer l'attention sur leurs similitudes et leurs divergences, ce qui pourrait permettre de comprendre leurs différences et de tendre à une plus grande harmonisation, si cela s'avère possible<sup>18</sup> et souhaitable.

31. **L'insuffisance des informations relatives aux conditions dont sont assortis les régimes d'assurance accroît la complexité inhérente à l'assurance maladie.** Excepté pour ce qui est de l'engagement de veiller à la protection de la santé du personnel, l'Inspecteur a constaté qu'il était difficile de trouver des informations détaillées et aisément compréhensibles sur la plupart des régimes d'assurance maladie. Les futurs fonctionnaires peuvent ne pas se rendre compte que le niveau de prise en charge et les prestations du régime d'assurance maladie dont ils bénéficieront dans le cadre des avantages liés à la rémunération risquent de ne pas répondre à leurs besoins et à ceux des personnes à leur charge. Cette situation empêche les entités participantes de comparer et d'améliorer leurs régimes d'assurance maladie, et pourrait ainsi nuire à leur éventuelle harmonisation. Parmi les 26 régimes passés au crible, seuls les 9 administrés par l'OIT, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), le PNUD et le Secrétariat de l'ONU sont consultables en ligne. **L'Inspecteur propose donc que les entités des Nations Unies qui administrent un**

l'Agence, soit conclure un accord avec une organisation commerciale. Tous les fonctionnaires peuvent être tenus de participer à ce système d'assurance de l'Agence et de prendre à leur charge tout ou partie des frais correspondants. ».

<sup>18</sup> La marge de manœuvre pour la rédaction des contrats d'assurance maladie est toujours limitée en raison des risques juridiques liés aux incidences potentielles des changements sur les droits acquis des assurés (A/68/353, par. 59 et suiv.), A/68/550, par. 22, et A/70/590, par. 29 et suiv.).

régime d'assurance maladie veillent à ce que les informations relatives à la couverture et aux prestations de ces régimes, y compris les restrictions et les plafonds y afférents, soient consultables en ligne.

## B. Type, administration et gouvernance des régimes d'assurance maladie

### 1. Type de régime et gestion des demandes de remboursement

32. **Il existe trois types d'assurance et d'administration.** Les 26 régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies peuvent être classés en fonction de l'entité qui assume les risques financiers qui y sont associés ou en fonction de celle qui traite les demandes de remboursement et procède au règlement des sommes dues. Le premier type de classement permet de faire la distinction entre les régimes auto-assurés et ceux qui sont externalisés ; le second fait référence aux régimes auto-administrés, dans lesquels tous les services d'assurance maladie sont gérés par les organisations, et aux régimes administrés par des tiers, qui font appel à une société externe pour fournir des services administratifs, tels que le traitement des inscriptions, des désinscriptions et des changements de bénéficiaires, la gestion des demandes de remboursement et le règlement des sommes dues, la communication au titulaire du contrat (l'entité) d'informations relatives à la gestion globale du régime, la supervision et les résultats du régime, ou encore l'accès à son réseau de prestataires de soins. Les différents types de régime d'assurance maladie sont les suivants :

- Régimes d'assurance auto-assurés et auto-administrés ;
- Régimes auto-assurés et administrés en externe ;
- Régimes externalisés, impliquant systématiquement une administration externe, normalement confiée au souscripteur.

33. **La grande majorité de la population assurée relève d'un régime auto-assuré.** La moitié des régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies sont des régimes auto-assurés ou captifs, dans lesquels les entités assument tous les risques liés aux frais de santé, ce qui est généralement moins coûteux et plus efficace. En outre, les régimes auto-assurés ne sont pas axés sur le profit et leur activité ne vise donc pas à procurer des revenus financiers, contrairement aux régimes administrés en externe. Les régimes auto-assurés comptent au total 365 303 assurés, soit 82 % de l'ensemble de la population couverte par les 26 régimes (447 869 personnes)<sup>19</sup> des entités du système des Nations Unies examinés.

34. **Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des fonctionnaires et des retraités du Secrétariat de l'ONU sont couverts par des régimes auto-assurés.** Au sein du Secrétariat de l'ONU, trois entités gèrent leurs propres régimes d'assurance maladie, à savoir le Secrétariat de l'ONU à New York, avec cinq régimes auto-assurés et administrés en externe (148 899 assurés), l'Office des Nations Unies à Genève, qui possède le deuxième régime auto-assuré et auto-administré le plus important du système (plus de 36 000 assurés), et l'Office des Nations Unies à Vienne/ONUDC, dont le régime externalisé couvre 2 710 personnes<sup>20</sup>.

35. **Les régimes auto-assurés comptent généralement plus d'assurés que les régimes externalisés.** Les régimes auto-assurés totalisent généralement un plus grand nombre d'assurés ; 11 des 13 régimes de ce type en recensent ainsi plus de 10 000 et 9 plus de 25 000, ce qui s'explique principalement par la nécessité de disposer d'une masse critique suffisante qui puisse à la fois gérer correctement les risques et, pour les régimes auto-administrés, absorber les dépenses administratives y relatives. En chiffres absolus, le plus important est le Régime mondial d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU (61 665 assurés), administré par la compagnie Cigna<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Le nombre d'assurés du régime Cigna Dental du Secrétariat de l'ONU n'a pas été inclus afin d'éviter un double comptage.

<sup>20</sup> Le titulaire du contrat d'assurance est l'ONUDI.

<sup>21</sup> Dans l'ensemble, Cigna administre 17 des 26 régimes et couvre 307 512 personnes, soit 64 % de la population assurée. Il est également l'assureur pour 10 d'entre eux.

36. **L'externalisation constitue la forme d'administration la plus courante, même pour les régimes auto-assurés.** Le nombre de personnes couvertes par des régimes administrés en externe représente 72 % de l'ensemble de la population protégée. À l'inverse, un peu plus d'un quart des assurés relèvent de l'un des quatre régimes auto-administrés (et donc auto-assurés) existants, qui ont tous leur siège à Genève et auxquels sont affiliés un grand nombre de fonctionnaires – près de 13 000 à l'OIT et jusqu'à plus de 41 000 à l'OMS<sup>22</sup>. L'entité la plus importante en nombre de personnes couvertes par les régimes d'assurance qu'elle administre est le Secrétariat de l'ONU à New York, avec 148 899 personnes (33 % de la population protégée) assurées par cinq régimes, tous auto-assurés et administrés par des tiers.

37. **Les régimes d'assurance privés totalisent en règle générale un moins grand nombre d'assurés.** À l'exception du Plan général d'assurance maladie du PAM, avec plus de 40 000 assurés, et de celui de la FAO, qui en recense près de 16 000, les régimes d'assurance entièrement privés, qui couvrent au total 82 566 personnes (18 % de l'ensemble de la population protégée), comptent généralement moins d'assurés (6 353 en moyenne). Sur ces 13 régimes externalisés, 9 ont moins de 5 000 assurés et 6 moins de 1 000. Leur externalisation tient principalement à leur taille et au fait que leur masse critique est insuffisante pour permettre la mutualisation des risques, ce qui pourrait les placer, entre autres conséquences, dans l'incapacité de faire face aux éventuelles tensions financières générées par des fluctuations annuelles des dépenses dues à une morbidité inattendue ou à des demandes de remboursement exceptionnellement élevées.

38. **Certaines organisations proposent plusieurs régimes, tandis que d'autres souscrivent à des régimes établis par d'autres entités.** Parmi les entités participantes, seules 17 sont titulaires des contrats d'assurance maladie<sup>23</sup>, les 11 autres<sup>24</sup> proposant aux membres de leur personnel en activité et à la retraite de souscrire à l'un des 9 régimes couvrant également des fonctionnaires d'autres organisations<sup>25</sup>. Il s'agit là d'une bonne pratique, qui permet généralement de faire des économies d'échelle grâce à une mutualisation des risques et à la mise en commun de ressources administratives ; c'est notamment le cas de l'UIT, dont le personnel est affilié depuis 2020 à l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies. Les entités qui proposent plusieurs régimes d'assurance maladie le font en principe pour des raisons qui tiennent aux conditions spécifiques du marché où elles opèrent. Ainsi, le Secrétariat de l'ONU propose des régimes distincts selon que les assurés vivent aux États-Unis ou à l'étranger. De même, huit régimes d'assurance maladie sont spécifiquement conçus pour le personnel recruté localement hors siège.

39. Le tableau et le graphique ci-après indiquent très précisément la répartition des régimes d'assurance maladie des entités du système des Nations Unies en fonction des types de régime et d'administration.

<sup>22</sup> La Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT, le Régime d'assurance maladie du HCR, l'Assurance maladie du personnel de l'OMS et l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève.

<sup>23</sup> L'AIEA, la FAO, le HCR, l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), l'OIT, l'OMI, l'OMPI, l'OMS, l'ONUDI, ONU Tourisme, le PAM, le PNUD, le Secrétariat de l'ONU (y compris l'Office des Nations Unies à Genève), l'UNESCO, l'UNICEF, l'UNOPS et l'UPU.

<sup>24</sup> La CNUCED, le FNUAP, le HCR, l'ITC, l'OMM, l'ONUDC, ONU-Femmes, ONU-Habitat, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le PNUD, le PNUE, l'UIT, l'UNICEF, l'UNOPS et l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), sont titulaires des contrats d'assurance maladie destinés aux membres du personnel hors siège recruté localement. Les fonctionnaires recrutés sur le plan international sont couverts par les régimes administrés par le Secrétariat de l'ONU.

<sup>25</sup> Il s'agit des régimes Aetna, Cigna Dental et Empire Blue Cross, du Régime d'assurance maladie et du Régime mondial d'assurance maladie des Nations Unies, de l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies (administrée par l'Office des Nations Unies à Genève) et du Régime d'assurance maladie du PNUD.

Tableau 2

**Répartition des 26 régimes d'assurance maladie des Nations Unies, par type de régime et mode de gestion des demandes de remboursement, et nombre de leurs assurés<sup>a</sup>**

	<i>Régimes auto-assurés</i>		<i>Régimes d'assurance privés</i>	
	<i>Administrateur du régime (tiers administrateur)</i>	<i>Nombre d'assurés</i>	<i>Administrateur du régime (tiers administrateur)</i>	<i>Nombre d'assurés</i>
<i>Régimes auto-administrés</i>	<b>HCR</b> – Régime d'assurance maladie	34 517	s.o.	
	<b>Office des Nations Unies à Genève</b> – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	36 560		
	<b>OIT</b> – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	12 984		
	<b>OMS</b> – Assurance maladie du personnel	41 359		
	<b>Nombre total d'assurés</b>	<b>125 420</b>		
<i>Tiers administrateur</i>	<b>OACI</b> – Plan de prestations médicales (Cigna)	3 106	<b>AIEA</b> – Plan d'assurance médicale primaire/Plan d'assurance médicale après la cessation de service (Cigna)	4 326
	<b>PNUD</b> – Régime d'assurance maladie (Cigna)	36 567	<b>FAO</b> – Plan général d'assurance maladie/ Assurance maladie après cessation de service (Cigna)	15 975
	<b>Secrétariat de l'ONU</b> – Aetna	8 471	<b>FAO</b> – Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national/Assurance maladie après cessation de service (Cigna)	501
	<b>Secrétariat de l'ONU</b> – Cigna Dental	32 813	<b>Office des Nations Unies à Vienne/ONU DC</b> – Assurance médicale collective du Siège (Allianz Care)	2 710
	<b>Secrétariat de l'ONU</b> – Empire Blue Cross	26 628	<b>OMI</b> – Régime d'assurance médicale collective (Cigna)	1 000
	<b>Secrétariat de l'ONU</b> – Régime d'assurance maladie (Cigna)	52 135	<b>OMPI</b> – Assurance maladie de groupe (Cigna)	
	<b>Secrétariat de l'ONU</b> – Régime mondial d'assurance maladie (Cigna)	61 665	<b>ONUDI</b> – Assurance couvrant les frais médicaux des agents des services généraux et les administrateurs recrutés sur le plan national dans les lieux d'affectation hors siège (Régime des agents des services généraux hors siège) (Allianz Care)	403
	<b>UNESCO</b> – Caisse d'assurance maladie (MSH International)	7 371		
	<b>UNICEF</b> – Régime d'assurance maladie (Cigna)	43 940		
				2 187

Régimes auto-assurés		Régimes d'assurance privés	
Administrateur du régime (tiers administrateur)	Nombre d'assurés	Administrateur du régime (tiers administrateur)	Nombre d'assurés
		<b>ONUDI</b> – Assurance médicale collective du Siège (Allianz Care)	515
		<b>ONU Tourisme</b> – Régime d'assurance maladie et accident (Cigna)	791
		<b>PAM</b> – Plan général d'assurance maladie (Cigna)	10 160
		<b>PAM</b> – Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national (Cigna)	3 903
		<b>UNOPS</b> – Régime d'assurance maladie (Cigna)	481
		<b>UPU</b> – Caisse maladie (Cigna)	9 614
<b>Nombre total de bénéficiaires</b>	<b>239 883<sup>b</sup></b>	<b>Nombre total de bénéficiaires</b>	<b>82 566</b>

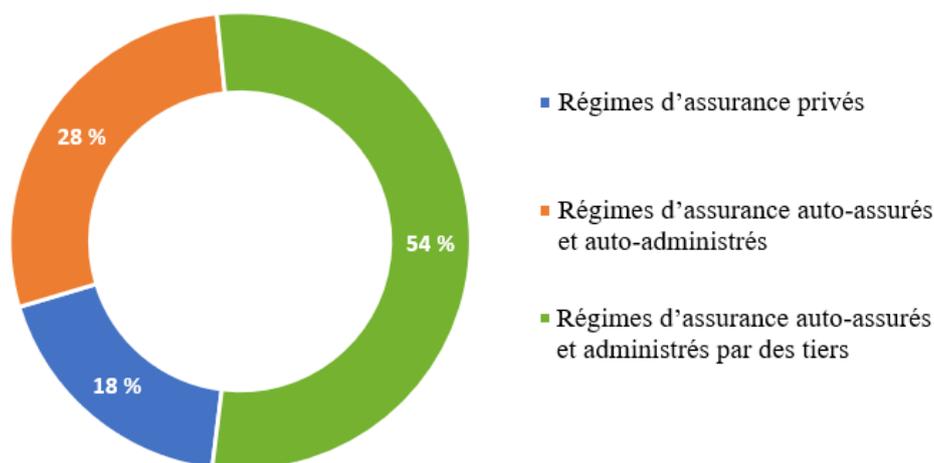
Source : Données fournies par les entités participantes. Tableau compilé par le CCI.

<sup>a</sup> Données au 31 décembre 2022.

<sup>b</sup> Hors assurés affiliés au régime Cigna Dental du Secrétariat de l'ONU, en ce qu'il s'agit d'un régime complémentaire.

Figure I

**Pourcentage de la population assurée par le système des Nations Unies, par type de régime**



Source : Compilation du CCI.

**2. Participation des assurés à la gouvernance des régimes d'assurance maladie**

40. **La participation des bénéficiaires à l'élaboration des politiques et à la gouvernance des régimes d'assurance maladie est primordiale.** Sur les 26 régimes d'assurance maladie, 20 disposent d'un mécanisme de gouvernance et d'administration qui permet aux représentants des assurés de prendre officiellement part aux décisions de principe relatives à l'assurance maladie. Il peut s'agir soit d'un organe autonome chargé de superviser

le ou les régimes d'assurance maladie concernés, à l'image de celui dont s'est dotée la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT, soit d'un organe subsidiaire rattaché à un mécanisme plus vaste de gestion conjointe du personnel et de la direction, comme le Comité des assurances maladie et de l'assurance vie du Secrétariat de l'ONU, qui est un comité consultatif permanent du Comité paritaire de négociation. Les mandats et fonctions de ces organes peuvent varier sur certains points, mais tous sont généralement chargés de superviser la situation financière du ou des régimes, en particulier ceux qui sont auto-assurés, de veiller au respect des statuts et règlements qui les régissent, d'examiner les résultats d'ensemble et de donner à la direction des informations concernant les changements d'orientation, les questions de couverture, le montant des primes et les passations de marchés.

41. **Satisfaction générale quant au niveau et à l'étendue des échanges.** Les représentants des assurés peuvent être nommés sur proposition des associations du personnel et, dans certains cas, des associations de retraités concernées, ou être élus par l'ensemble des assurés. Lors des entretiens organisés dans le cadre du présent examen, les représentants des associations précitées se sont pour la plupart déclarés satisfaits d'avoir, grâce aux mécanismes de gouvernance et d'administration mis en place au sein de leurs organisations, la possibilité de participer aux choix stratégiques et, plus particulièrement, de contribuer au processus décisionnel. Bien que, dans plusieurs régimes, les représentants des assurés retraités soient cantonnés dans un rôle d'observateurs au motif qu'ils n'ont pas la qualité de fonctionnaires, les mécanismes prennent le plus souvent en considération, dans leurs travaux, les contributions des assurés aussi bien que des observateurs et s'attachent à trouver un consensus, ce qui constitue une bonne pratique.

42. **Le personnel recruté localement et les retraités qui vivent en dehors des villes sièges ne sont pas suffisamment impliqués ou représentés.** Tous les régimes d'assurance maladie étant administrés au niveau du siège de chaque organisation, les représentants proposés par les associations du personnel résident généralement dans les villes sièges ; dès lors, l'implication des membres du personnel qui vivent en dehors de ces villes dépend en grande partie de la mobilisation de chacune de ces associations. Les organes de contrôle de l'Assurance maladie du personnel de l'OMS sont les seuls à garantir la représentation des membres du personnel travaillant aussi bien au siège que dans les bureaux régionaux de l'organisation. Par ailleurs, s'agissant des entités disposant de bureaux extérieurs, l'Inspecteur a constaté que le personnel hors siège, en particulier celui recruté localement, n'était pas représenté comme il devrait l'être. Ainsi, le personnel du Secrétariat de l'ONU recruté sur le plan local en dehors de New York et affilié au Régime d'assurance maladie n'est pas représenté au sein du Comité des assurances maladie et de l'assurance vie. De même, à la FAO et au PAM, des comités similaires acceptent en leur sein des représentants de l'Union du personnel des services généraux de ces deux organisations mais cette possibilité n'est pas garantie aux représentants du personnel hors siège recruté localement. Les régimes d'assurance maladie du personnel du PNUD<sup>26</sup> et de l'UNOPS recruté localement ne disposent pas d'un mécanisme formel permettant d'associer les assurés à leur processus décisionnel. Le tableau 3 présente les mécanismes de gouvernance et de gestion des différents régimes d'assurance maladie.

<sup>26</sup> Le Régime d'assurance maladie du PNUD couvre également le personnel hors siège du FNUAP et d'ONU-Femmes recruté localement.

Tableau 3

**Mécanismes formels de participation des assurés à l'élaboration des politiques relatives à l'assurance maladie**

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Mécanisme de gouvernance/de gestion</i>	<i>Participation formelle des assurés</i>
AIEA – Plan d'assurance médicale primaire/Plan d'assurance médicale après la cessation de service	Sous-Comité de l'assurance maladie et de l'assurance vie de la Commission consultative mixte	Représentants des assurés désignés par l'association du personnel, parmi lesquels des représentants de retraités
FAO – Plan général d'assurance maladie/Assurance-maladie après cessation de service, Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national/ Assurance-maladie après cessation de service (pour le personnel recruté localement)	FAO – Comité consultatif sur l'assurance médicale	Représentants désignés par les associations d'agents des services généraux, administrateurs et retraités
HCR – Régime d'assurance maladie	Comité de gestion du Régime d'assurance maladie	Représentant désigné par l'association du personnel
OACI – Plan de prestations médicales	Comité de la santé et de l'assurance	Représentants désignés à la fois par l'association du personnel et par l'association des retraités
Office des Nations Unies à Genève – Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies	Comité exécutif de l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	Représentants désignés à la fois par l'association du personnel et par l'association des retraités
Office des Nations Unies à Vienne/ ONUDC – Assurance médicale collective du siège	ONUDI/Office des Nations Unies à Vienne, Comité permanent sur l'assurance maladie et l'assurance vie du Comité consultatif mixte	Représentants désignés à la fois par l'association du personnel et par l'association des retraités
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	Comité de gestion	Représentants élus par les assurés, parmi lesquels peuvent figurer des représentants du personnel retraité
OMI – Régime d'assurance médicale collective	Pas de mécanisme formel	Pas de participation formelle
OMPI – Assurance maladie de groupe	Comité de gestion de l'assurance maladie de groupe	Représentants désignés par l'association du personnel, en ce compris des membres du personnel en activité et à la retraite
OMS – Assurance maladie du personnel	Comité de contrôle mondial de l'assurance maladie du personnel	Représentants désignés par les comités du personnel du siège et des bureaux régionaux ; membres élus par les retraités affiliés au régime d'assurance
	Comité permanent mondial de l'assurance maladie du personnel	Représentants désignés par les comités du personnel du siège et des bureaux régionaux ; membres élus par les retraités affiliés au régime d'assurance
ONUDI – Régime des agents des services généraux hors siège, Assurance médicale collective du siège	ONUDI/Office des Nations Unies à Vienne – Comité permanent de l'assurance maladie et de l'assurance vie	Représentants désignés par les associations du personnel et des retraités

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Mécanisme de gouvernance/de gestion</i>	<i>Participation formelle des assurés</i>
	de la Commission consultative mixte	
ONU Tourisme – Régime d'assurance maladie et accident	Pas de mécanisme formel	Pas de participation formelle
PAM – Plan général d'assurance maladie, Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national	Conseil de l'assurance maladie du PAM	Représentants désignés par les trois associations représentatives du personnel (agents des services généraux, administrateurs et retraités)
PNUD – Régime d'assurance maladie	Conseil du régime d'assurance maladie du PNUD	Représentants désignés par les associations du personnel du FNUAP, d'ONU-Femmes et du PNUD
Secrétariat de l'ONU – Aetna, Empire Blue Cross, Cigna Dental, Régime mondial d'assurance maladie, Régime d'assurance maladie	Comité de l'assurance maladie et de l'assurance vie	Représentants désignés par l'association du personnel  Représentants désignés par l'association des retraités dotée du statut d'observateur
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	Conseil d'administration	Représentants élus par les assurés, parmi lesquels peuvent figurer des membres du personnel retraité ; représentants désignés par les associations du personnel et des retraités dotées du statut d'observateur ; participation des assurés par la voie également d'une assemblée générale annuelle
UNICEF – Régime d'assurance maladie	UNICEF – Comité du régime d'assurance maladie	Représentants désignés par l'association du personnel
UNOPS – Régime d'assurance maladie	Pas de mécanisme formel	Pas de participation formelle
UPU – Caisse maladie	Groupe de travail spécial	Représentants de l'association du personnel participant aux décisions relatives aux changements à apporter aux politiques en matière d'assurance maladie, par exemple lors des processus d'appel d'offres

Source : Compilation du CCI.

43. La recommandation qui suit devrait améliorer l'efficacité des processus décisionnels relatifs aux politiques en matière d'assurance maladie et au contrôle de leur gestion afin de veiller à ce que les besoins des différents groupes d'assurés soient formellement pris en compte lors de leur élaboration.

#### **Recommandation 1**

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui administrent un régime d'assurance maladie devraient veiller à ce que, d'ici à la fin de 2026, des dispositions soient prises pour que tous les groupes d'assurés, y compris le personnel hors siège recruté localement et les retraités, soient représentés au sein du comité de gestion, du comité de contrôle ou du comité consultatif de leur régime d'assurance maladie.**

## C. Critères d'admissibilité

44. **Le problème des inégalités d'accès à l'assurance maladie subsiste.** Les 26 régimes d'assurance maladie appliquent des critères d'admissibilité qui varient selon qu'ils concernent des fonctionnaires, des retraités ou des membres de leur famille, des personnes qui leur sont liées ou des personnes bénéficiant d'une protection spéciale, comme décrit dans la présente section. Les différents critères d'admissibilité, en particulier pour ceux qui bénéficient de cotisations subventionnées par leur organisation, créent une inégalité d'accès à la couverture d'assurance maladie pour le personnel en activité et les retraités, ainsi que pour les membres de leur famille, et dénotent une utilisation inéquitable des financements publics par le système des Nations Unies.

### 1. Critères d'admissibilité pour le personnel en activité

45. **Les formules d'assurance maladie dépendent souvent des modalités du contrat et du lieu d'affectation des fonctionnaires.** Les entités participantes proposent aux membres de leur personnel en activité une formule d'assurance maladie spécifique en fonction de leur statut contractuel, selon qu'ils sont recrutés sur le plan local ou international, et de leur lieu d'affectation (villes sièges ou autres). Le tableau qui figure à l'annexe I présente les critères d'admissibilité pour le personnel en activité, selon leur type de contrat et leur lieu d'affectation.

46. **Les dérogations à l'affiliation obligatoire aux régimes d'assurance ne s'appliquent pas au personnel recruté localement.** Le plus souvent, l'affiliation au régime d'assurance maladie de l'entité participante est obligatoire. Certains régimes, comme l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève, prévoient une dérogation pour les membres du personnel qui justifient d'une couverture adéquate souscrite auprès d'un autre régime d'assurance maladie, public ou privé. Ces dérogations ne concernent cependant pas les régimes destinés spécifiquement au personnel recruté localement, tels que les régimes d'assurance maladie du HCR, du PNUD, du Secrétariat de l'ONU et de l'UNICEF<sup>27</sup>. L'affiliation à ces régimes est obligatoire, automatique et irrévocable.

47. **Il est possible de s'affilier à un régime d'assurance national à Londres, à Montréal et à Vienne.** Dans ces trois lieux d'affectation, les fonctionnaires en activité peuvent s'affilier aux régimes nationaux d'assurance maladie. À Vienne, les membres du personnel peuvent décider de ne pas s'affilier au régime proposé par leur organisation et d'opter pour le régime national (Österreichische Gesundheitskasse) ; en pareil cas, leurs cotisations sont subventionnées par l'entité qui les emploie (l'AIEA, l'Office des Nations Unies à Vienne, l'ONU DC et l'ONUDI). À Montréal, les résidents canadiens peuvent également choisir de s'affilier au Régime de l'assurance maladie du Québec plutôt qu'au régime proposé par l'OACI. À l'OMI, le personnel est automatiquement inscrit au service national de santé britannique, qui peut venir compléter la couverture du régime d'assurance maladie de l'OMI.

48. **L'examen n'a fait apparaître aucune restriction en termes d'admissibilité qui serait fondée sur des problèmes de santé antérieurs ou existants.** Les critères d'admissibilité de chaque régime s'appliquent à tous les membres du personnel en activité, quels que soient leurs problèmes de santé préexistants, leur hygiène de vie et leur sexe, ce qui constitue une bonne pratique.

### 2. Critères d'admissibilité pour les membres de la famille des fonctionnaires en activité et les personnes qui leur sont liées

49. **L'admissibilité des membres de la famille ou du ménage varie considérablement d'un régime à l'autre.** Les 26 régimes permettent tous aux fonctionnaires d'assurer les membres de leur famille et, parfois, d'autres personnes qui leur sont liées, le plus souvent de manière facultative. Les critères d'admissibilité varient considérablement, en particulier pour

<sup>27</sup> Dans certains lieux d'affectation, le personnel peut être autorisé à ne pas s'affilier à ces régimes d'assurance maladie.

la détermination du droit des personnes liées aux fonctionnaires à bénéficier elles aussi d'une subvention pour leurs cotisations.

**50. Les cotisations des conjoints à charge de la plupart des régimes d'assurance maladie sont subventionnées.** Les cotisations de la personne reconnue comme étant le conjoint du fonctionnaire assuré, qu'elle soit ou non à sa charge, sont subventionnées dans tous les régimes d'assurance maladie, à l'exception de six d'entre eux. Les six régimes qui font ici exception sont ceux administrés par l'AIEA, l'Office des Nations Unies à Genève, l'OIT, l'Organisation mondiale du tourisme (ONU Tourisme), l'UNESCO et l'Union postale universelle (UPU). Les conjoints non à charge peuvent néanmoins s'affilier, sans pouvoir prétendre à aucune subvention, aux régimes de toutes les entités précitées, sauf à celui de l'UNESCO qui n'offre pas la possibilité de cotiser volontairement à son régime d'assurance maladie. Les conjoints légalement séparés ou divorcés peuvent continuer à bénéficier du régime d'assurance de l'AIEA et de cotisations subventionnées dès lors qu'ils prouvent qu'ils sont effectivement à charge. Le régime d'assurance maladie de l'OMS prévoit que seuls les conjoints divorcés des fonctionnaires à la retraite peuvent continuer à y être affiliés.

**51. Les conjoints à charge des membres du personnel de l'UIT ayant contracté un mariage homosexuel légalement reconnu n'ont pas le droit de s'affilier au régime d'assurance maladie de l'organisation.** Le 26 juin 2014, le Secrétaire général des Nations Unies a publié une circulaire précisant que le statut personnel des fonctionnaires considéré aux fins du versement des prestations prévues par le Statut et le Règlement du personnel de l'Organisation des Nations Unies était déterminé en fonction du droit en vigueur dans la juridiction dans laquelle leur statut personnel avait été défini<sup>28</sup>. Cela signifie que le partenaire de même sexe d'un fonctionnaire doit être considéré comme son conjoint si le mariage (ou l'union) est légalement reconnu par le pays dont ledit fonctionnaire est ressortissant ou par le pays où le mariage ou l'union a été conclu. Suivant les critères d'admissibilité des divers régimes, le conjoint lié à un fonctionnaire par une union ou un mariage homosexuel reconnu, qu'il soit ou non à sa charge, doit pouvoir s'y affilier et bénéficier le cas échéant de subventions pour les cotisations y relatives. L'examen a fait ressortir que l'UIT était la seule entité participante qui ne considère pas les partenaires des fonctionnaires ayant contracté une union ou un mariage homosexuel comme des conjoints, même si ce mariage ou cette union est reconnu par la loi<sup>29</sup>. De ce fait, les conjoints à charge ne peuvent s'affilier au régime d'assurance maladie proposé et subventionné par l'organisation (dans le cas de l'UIT, il s'agit du régime de l'Office des Nations Unies à Genève). D'autres entités participantes qui font appel au régime de l'Office des Nations Unies à Genève, telles que le HCR, l'OMM et le Secrétariat de l'ONU, autorisent les conjoints de même sexe à charge du fonctionnaire à s'y affilier lorsque le mariage ou l'union est légalement reconnu. En 2022, le Secrétaire général de l'UIT a proposé au Conseil de cette organisation de modifier le Statut du personnel afin d'autoriser la reconnaissance des partenariats domestiques enregistrés, conformément à la circulaire de 2014 du Secrétaire général des Nations Unies<sup>30</sup>. Le Conseil n'est toutefois pas parvenu à un consensus et le Secrétariat de l'UIT a été invité à poursuivre les consultations avec les États membres et à faire rapport lors d'une future session du Conseil.

**52. Des limites d'âge différentes s'appliquent pour l'affiliation des enfants à charge âgés de 18 à 30 ans.** Les enfants à charge peuvent être affiliés au même régime d'assurance maladie que celui des membres du personnel et se voir octroyer par l'organisation une subvention pour leurs cotisations. Les critères retenus par les différentes entités participantes concernant les enfants à charge sont similaires : la limite d'âge est fixée à 18 ans, ou à 21 ans

<sup>28</sup> ST/SGB/2004/13/Rev.1.

<sup>29</sup> Aux termes du jugement n° 2643 du Tribunal administratif de l'OIT daté du 27 avril 2007, les Statut et Règlement du personnel de l'UIT définissent expressément la notion de « conjoints » comme concernant le mari et la femme. Le Tribunal a ensuite recommandé que la question de la reconnaissance du partenariat domestique soit renvoyée au Conseil de l'UIT, en vue d'une révision du Règlement du personnel « pour offrir la protection requise contre toute discrimination basée sur la situation de famille et la préférence sexuelle ». Voir [https://www.ilo.org/dyn/triblex/triblexmain.fullText?p\\_lang=en&p\\_judgment\\_no=2643&p\\_language\\_code=EN](https://www.ilo.org/dyn/triblex/triblexmain.fullText?p_lang=en&p_judgment_no=2643&p_language_code=EN).

<sup>30</sup> Rapport du Secrétaire général sur le Statut personnel pour l'application des indemnités de l'UIT, document C22/47-E consultable à l'adresse suivante : <https://www.itu.int/md/S22-CL-C-0047/fr>.

s'ils sont scolarisés à plein temps ; dans la plupart des régimes, aucune limite d'âge n'est posée pour les enfants qui ne peuvent travailler en raison d'une incapacité physique ou mentale. Tous les régimes, à l'exception de quatre d'entre eux, appliquent cependant des limites d'âge supérieures qui varient (de 25 à 28 ans), afin de permettre aux enfants de plus de 21 ans (non handicapés) d'être assurés et de bénéficier de cotisations subventionnées dès lors qu'ils sont à la charge du fonctionnaire, c'est-à-dire au chômage et célibataires. Le droit à une indemnité pour frais d'études s'éteint lorsque l'enfant atteint l'âge de 25 ans. Les autres limites d'âge, au-delà de 25 ans, ne sont liées à aucune des prestations ou allocations existantes, mais font partie des critères d'admissibilité à l'assurance maladie. Le tableau 4 présente les différentes limites d'âge qu'imposent les différentes entités participantes pour les enfants autorisés à être affiliés au régime d'assurance maladie et à bénéficier de cotisations subventionnées.

Tableau 4

**Âges limites pour les enfants autorisés à s'affilier au régime d'assurance maladie de fonctionnaires en activité ou à la retraite et à bénéficier d'une subvention de l'organisation pour leurs cotisations**

<i>Âge limite des enfants</i>	<i>Titulaires des contrats d'assurance maladie</i>
Jusqu'à 21 ans	AIEA, OACI, Office des Nations Unies à Genève, OIT, ONU Tourisme
Jusqu'à 25 ans	HCR, OACI, Office des Nations Unies à Vienne, OMI, OMPI, ONUDC, ONUDI, PNUD, Secrétariat de l'ONU, UNESCO, UNICEF, UNOPS, UPU
Jusqu'à 26 ans	FAO, PAM
Jusqu'à 28 ans	OMS

*Source* : Compilation du CCI.

53. **Les enfants non à charge peuvent également être autorisés à s'affilier aux régimes d'assurance maladie, sous réserve de limites d'âge supérieures et autres conditions qui leur sont propres.** Les régimes qui subventionnent les cotisations des enfants à charge de moins de 21 ans proposent également à ceux qui sont plus âgés, n'ont pas d'activité professionnelle et sont célibataires de s'y affilier, mais sans qu'ils puissent bénéficier de telles subventions, ce qui constitue une bonne pratique. Cela étant, les limites d'âge supérieures qui leur sont appliquées varient selon les régimes. L'AIEA, l'Office des Nations Unies à Genève et l'OIT autorisent l'affiliation des enfants jusqu'à l'âge de 30 ans, tandis qu'ONU Tourisme fixe la limite à 25 ans. L'Office des Nations Unies à Vienne et l'ONUDC ne prévoient aucune limite d'âge au-delà de 25 ans, dès lors que les enfants sont sans emploi, célibataires et financièrement à charge des fonctionnaires actifs ou retraités.

54. **L'examen n'a fait apparaître aucune restriction en termes d'admissibilité qui serait fondée sur des problèmes de santé antérieurs ou existants.** Les critères d'admissibilité de chaque régime s'appliquent à toutes les personnes à charge, quels que soient leurs problèmes de santé préexistants, leur hygiène de vie et leur sexe, dès lors qu'elles s'affilient au régime dans les délais prescrits.

55. **Les personnes indirectement à charge peuvent être admises dans neuf régimes, avec ou sans subventions pour les cotisations.** Sur les 26 régimes d'assurance maladie existants, 9 – ceux de l'AIEA, de la FAO, de l'Office des Nations Unies à Vienne, de l'OMPI, de l'OMS, de l'ONUDC, de l'ONUDI et du PAM – permettent à une personne indirectement à charge de s'affilier au même régime qu'un membre du personnel en activité et de bénéficier d'une subvention pour le paiement des cotisations. La définition des « personnes indirectement à charge » est commune à tous les régimes : sont considérées comme telles un parent, un frère ou une sœur qui reçoit du fonctionnaire concerné une aide financière représentant plus de la moitié de ses ressources et plus de deux fois supérieure au montant de l'indemnité pour charges de famille. Une seule personne indirectement à charge peut être prise en compte à un moment donné et ne peut l'être qu'à la condition que le fonctionnaire

concerné n'ait pas de conjoint à charge reconnu comme tel. Les régimes d'assurance maladie de l'Office des Nations Unies à Genève, de l'OIT et d'ONU Tourisme permettent aux personnes indirectement à charge de s'y affilier sans toutefois bénéficier de subventions pour le paiement des cotisations. À l'exception du Plan général d'assurance maladie de la FAO et du PAM, aucun des régimes d'assurance maladie exclusivement destinés au personnel recruté localement et vivant hors des villes sièges n'autorise l'affiliation de personnes indirectement à charge.

**56. Les organisations sises à Vienne permettent aux membres du ménage d'un fonctionnaire, sans lien de parenté avec ce dernier, de s'affilier à son régime d'assurance maladie.** En plus des membres de la famille d'un fonctionnaire en activité ou retraité, l'AIEA autorise jusqu'à deux personnes vivant sous son toit à s'y affilier, mais sans octroi de subventions pour les cotisations. Il en va de même à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'ONU DC, qui autorisent l'affiliation de personnes financièrement à la charge du fonctionnaire, n'ayant pas la nationalité autrichienne et vivant sous son toit.

**57. L'affiliation de membres de la famille ou du ménage qui ne sont pas à la charge du fonctionnaire ou le sont indirectement ne devrait pas donner lieu au versement de subventions et les risques les concernant ne devraient pas être mutualisés.** L'Inspecteur considère que l'admission de conjoints et enfants non à charge, ainsi que de personnes indirectement à charge, dans le régime d'assurance maladie constitue une bonne pratique, bénéfique à la fois pour la famille du fonctionnaire et pour la viabilité dudit régime, ne serait-ce qu'en raison des effets positifs que peut avoir l'augmentation du nombre d'assurés sur le pouvoir de négociation des organisations avec les assureurs ou prestataires de soins de santé, tout en permettant aux familles des membres du personnel d'obtenir plus facilement, et à un coût peut-être plus abordable, une protection contre les risques de maladie. Par contre, l'examen n'a pas permis de mettre en évidence ce qui justifierait, au regard des principes de sécurité sociale, que certains régimes subventionnent les primes dont ces personnes sont redevables, si ce n'est l'évolution de ces régimes au fil du temps. L'Inspecteur est donc d'avis que l'affiliation de membres de la famille ou du ménage qui ne sont pas à la charge du fonctionnaire ou le sont indirectement ne devrait pas donner lieu au versement de subventions et que les risques les concernant ne devraient pas être mutualisés (en particulier si leur profil diffère de la moyenne) avec ceux des assurés dont les cotisations sont subventionnées, à l'instar de ce que prévoit le régime de l'Office des Nations Unies à Genève – l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies –, ce qui constitue une bonne pratique. Si les entités participantes mutualisent ou amalgament les risques de maladie des assurés n'ayant théoriquement pas droit à des subventions avec ceux des assurés qui y ont expressément droit, elles prennent un risque financier dans l'hypothèse où leur profil de risque s'écarterait du profil moyen des assurés subventionnés en raison de leur âge ou d'autres facteurs. En revanche, si ces personnes forment un groupe distinct, comme dans le cas de l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies, leurs risques de maladie seront partagés exclusivement entre eux, et les cotisations qu'elles acquittent devraient suffire à couvrir la totalité du coût des services de santé qui leur auront été fournis durant chaque période considérée.

**58. Les divergences que l'on observe actuellement en ce qui concerne les subventions destinées au paiement des cotisations peuvent être considérées comme un obstacle à la mobilité du personnel.** Les organisations dotées de régimes d'assurance ou situées dans des lieux d'affectation ne proposant pas de subventionner les primes des membres de la famille non à charge du fonctionnaire ou indirectement à sa charge pâtissent de cette situation. Il faudrait y remédier dans la mesure où ces subventions constituent un avantage concurrentiel pour certaines entités, ce qui va à l'encontre de la notion de système commun de droits à prestations dont bénéficie le personnel des Nations Unies.

**59.** Au vu des résultats de l'examen, la recommandation qui suit devrait permettre aux régimes d'assurance qui subventionnent les cotisations des membres de la famille des fonctionnaires qui ne sont pas à leur charge, ou le sont indirectement, et qui mutualisent les risques de maladie avec ceux des assurés principaux, de réaliser des économies. Elle vise également à faciliter la mobilité interorganisations et à éviter une concurrence malsaine entre les entités participantes fondée sur leurs régimes d'assurance maladie.

### Recommandation 2

Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2026, étudier la possibilité de mettre fin à la pratique consistant à subventionner les primes des membres de la famille indirectement à la charge des assurés, des membres de la famille qui ne sont pas à leur charge et des membres du ménage sans lien de parenté, ainsi qu'à la pratique consistant à mutualiser leurs risques avec ceux des assurés principaux.

### 3. Critères d'admissibilité applicables aux fonctionnaires à la retraite et aux personnes qui leur sont liées

60. **Des différences quant aux conditions d'ancienneté exigées pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service persistent pour le personnel recruté à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007.** L'affiliation à un régime d'assurance maladie après la cessation de service est toujours facultative et doit intervenir dans le prolongement direct d'une affiliation au même régime d'assurance maladie contributif du système des Nations Unies souscrit pendant la période d'activité<sup>31</sup>. Dans sa résolution 61/264, l'Assemblée générale a notamment précisé que, pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, les fonctionnaires engagés à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 devaient, au moment de leur départ à la retraite, avoir été affiliés à un régime d'assurance maladie des Nations Unies pendant au moins dix ans. Tous<sup>32</sup> les régimes d'assurance maladie, à l'exception de quatre d'entre eux, appliquent cette condition de durée d'affiliation minimale. Les deux régimes de la FAO et du PAM spécifiquement destinés au personnel recruté localement et vivant hors des villes sièges n'exigent que cinq années de cotisation, tout comme les régimes de l'OMPI et de l'UPU qui s'adressent à l'ensemble des membres de leur personnel.

61. **Départ à la retraite anticipé après une durée limitée de cotisation.** Bien que l'Assemblée générale ait, dans sa résolution 61/264, supprimé la possibilité de racheter des droits après cinq années d'affiliation, plusieurs régimes continuent de proposer cette option. Elle concerne les fonctionnaires qui, ayant quitté l'entité qui les employait au minimum à l'âge où ils pouvaient prétendre à une retraite anticipée et ayant cotisé à un régime d'assurance maladie des Nations Unies pendant cinq à dix ans, sont alors en droit de bénéficier d'une assurance maladie après la cessation de service non subventionnée par l'organisation. Si leur durée de cotisation atteint dix ans, ils se verront allouer des subventions pour le paiement des cotisations. Cette option est proposée aux membres du personnel affiliés aux régimes d'assurance maladie du HCR, du PNUD, du Secrétariat de l'ONU, de l'UNICEF et de l'UNOPS, ainsi qu'au Plan de prestations médicales de l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI).

62. **Membres du personnel cessant de travailler avant l'âge de la retraite anticipée.** L'assurance maladie après la cessation de service vise à prolonger la couverture de l'assurance maladie des membres du personnel des Nations Unies pendant leur retraite, y compris ceux qui ont cessé leurs fonctions pour des raisons autres qu'un congédiement sans préavis et reçoivent une pension d'invalidité au titre des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou peuvent prétendre à une pension de retraite anticipée<sup>33</sup> ou à une pension de retraite normale<sup>34</sup>. Toutefois, dans plusieurs entités

<sup>31</sup> Selon les entités dont relèvent les fonctionnaires en activité, il peut être possible de s'affilier à un autre régime de retraite, plus approprié au lieu de résidence. Cette solution est généralement proposée une seule fois et est irréversible.

<sup>32</sup> Il convient de noter que, bien que cette condition ait été intégrée par le Secrétariat de l'ONU dans son Statut, sa réalisation effective a été reportée à 2024 en raison de difficultés techniques (voir résolution A/78/7).

<sup>33</sup> À partir de 55 ans pour les fonctionnaires qui ont été affiliés à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et de 58 ans pour ceux qui l'ont intégrée après cette date.

<sup>34</sup> À l'âge de 60 ans pour les fonctionnaires qui ont été affiliés à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies avant le 1<sup>er</sup> janvier 1990, de 62 ans pour ceux qui l'ont intégrée entre

participantes, les fonctionnaires qui cessent de travailler avant l'âge de la retraite anticipée peuvent néanmoins bénéficier d'une assurance maladie après la cessation de service, avec ou sans subventions de l'entité qui les employait. Cette possibilité est proposée à ceux qui partent entre 50 et 55 ans et ont opté pour une pension de retraite différée. Seuls l'OMS et le PAM précisent quel est l'âge auquel la retraite anticipée peut être prise, à savoir 55 ou 58 ans selon la date de prise de fonctions (voir le tableau 5).

Tableau 5

**Durée minimale de cotisation à un régime d'assurance maladie contributif des Nations Unies dont doivent justifier les fonctionnaires âgés de 50 à 55 ans qui quittent l'entité qui les employait après y être entrés à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 pour pouvoir prétendre à l'assurance maladie après la cessation de service**

<i>Nombre minimum d'années de cotisation</i>	<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Octroi de subventions par l'entité concernée</i>
20	FAO – Assurance maladie après cessation de service	Non
20 (dont 10 sans interruption)	AIEA – Plan d'assurance médicale après la cessation de service	Oui, à partir de 55 ans
20	ONUDI – Régime des agents des services généraux hors siège	Non
20 années cumulées	PAM – Plan général d'assurance maladie <sup>a</sup>	Non
20 (uniquement dans le régime de l'OMS)	OMS – Assurance maladie du personnel <sup>a</sup>	Oui, à partir de l'âge d'admission à une retraite anticipée
15 années cumulées	PAM – Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national <sup>a</sup>	Non
15 années cumulées <sup>b</sup>	PNUD – Régime d'assurance maladie	Oui
10	FAO – Assurance médicale après la cessation de service (pour le personnel hors siège recruté localement)	Non
10	OACI – Régime de prestations médicales	Non
5	PNUD – Régime d'assurance maladie HCR – Régime d'assurance maladie UNOPS – Régime d'assurance maladie	Oui, après 10 ans

*Source* : Compilation du CCI.

<sup>a</sup> Pour ceux qui ont été affiliés à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies après le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et ont quitté l'entité alors qu'ils avaient entre 53 et 58 ans.

<sup>b</sup> Pour ceux qui ont fait l'objet d'un licenciement amiable ou dont le poste a été supprimé.

**63. La reconnaissance mutuelle et sans réserve de l'affiliation antérieure à des régimes d'assurance maladie d'autres entités du système des Nations Unies n'est pas toujours pleinement accordée.** Tous les régimes prennent en compte le nombre d'années de cotisation aux régimes d'assurance maladie contributifs d'autres entités des Nations Unies, conformément à l'Accord interorganisations concernant la mutation, le

le 1<sup>er</sup> janvier 1990 et le 31 décembre 2013, et de 65 ans pour ceux qui y ont cotisé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

détachement ou le prêt de fonctionnaires entre les organisations appliquant le régime commun des Nations Unies en matière de traitement et indemnités, en vertu duquel, en cas de mutation, « les fonctionnaires concernés ainsi que les personnes à leur charge ont le droit de s'affilier à tout régime d'assurance maladie ou d'assurance vie collective de l'entité d'accueil, sans nouvelles réserves médicales ni nouveaux délais de carence »<sup>35</sup>. L'OIT et l'OMS exigent cependant cinq années de cotisation à leur propre régime d'assurance maladie, sur les dix exigées pour pouvoir prétendre à l'assurance maladie après la cessation de service, ce qui constitue objectivement un obstacle à la mobilité interinstitutionnelle du personnel<sup>36</sup> et à de lourdes répercussions lorsque les intéressés ont plus de 60 ans. Il n'est pas difficile de comprendre que cette mesure n'a d'autre but que d'empêcher l'arrivée dans ces deux entités de fonctionnaires en fin de carrière provenant d'autres organisations, partant du principe que le fait d'accepter cette mobilité ferait peser une charge financière indue sur l'entité d'accueil pour ce qui est du droit des intéressés à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service<sup>37</sup>. Ce n'est pas un hasard si cette restriction, qui ne figure pas dans les autres régimes d'assurance passés en revue, est prévue par deux des régimes dont le niveau de couverture est le plus élevé et le plus complet (et qui comptent un pourcentage relativement important de retraités par rapport au personnel en activité, ces régimes étant parmi les plus anciens du système). Estimant qu'une telle précaution, si raisonnable soit-elle d'un point de vue financier, va à l'encontre de la nécessité de respecter et renforcer la politique de mobilité interinstitutions et de lutter contre l'âgisme, comme le préconise l'OMS, entre autres entités onusiennes<sup>38</sup>, **l'Inspecteur recommande que cette restriction soit levée**<sup>39</sup>.

**64. Les membres de la famille des fonctionnaires retraités peuvent généralement bénéficier d'une assurance maladie après la cessation de service.** Le plus souvent, ceux qui sont affiliés au même régime d'assurance maladie que les fonctionnaires avant leur départ à la retraite peuvent continuer à bénéficier de ce régime ; les personnes indirectement à charge affiliés aux régimes gérés par l'Office des Nations Unies à Vienne, l'ONU DC et l'ONUDI font exception à la règle.

**65. L'examen n'a fait apparaître aucune restriction en termes d'admissibilité qui serait fondée sur des problèmes de santé antérieurs.** Les critères d'admissibilité de chaque régime s'appliquent à tous les membres du personnel retraités et aux personnes à leur charge, quels que soient leurs problèmes de santé préexistants, leur hygiène de vie et leur sexe.

**66. Certains régimes n'assujettissent pas l'admission des membres de la famille au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service à une durée minimale de cotisation.** Dans sa résolution 61/264, l'Assemblée générale a exigé que les personnes à la charge d'un fonctionnaire aient cotisé à un régime d'assurance maladie des Nations Unies pendant au moins cinq ans au moment du départ à la retraite de ce dernier pour pouvoir

<sup>35</sup> Voir [https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/handbook/Mobility%20Agreement\\_2019.pdf](https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/handbook/Mobility%20Agreement_2019.pdf).

<sup>36</sup> Voir l'étude du CCI intitulée « Examen des échanges de personnel et des autres formes de mobilité interorganisations dans le système des Nations Unies » (JIU/REP/2019/8), qui présente une analyse complète des politiques et pratiques en la matière.

<sup>37</sup> A/73/792.

<sup>38</sup> OMS, Rapport mondial sur l'âgisme (Genève, 2021), p. 95.

<sup>39</sup> Lorsque les questions relatives à la mobilité interinstitutions et à l'assurance maladie après la cessation de service ont été examinées par le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service créé par le Secrétaire général sous les auspices du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion relevant du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) en application de la résolution 68/244, dans laquelle l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général de procéder à une étude des régimes d'assurance maladie dans tout le système et de chercher des moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts, il a été convenu que « les organisations du système des Nations Unies devraient accepter de prendre en charge certains avantages et droits à prestations acquis par les fonctionnaires au titre de l'assurance maladie, ainsi que les engagements correspondants, sans procéder à un transfert de fonds, qui serait coûteux sur le plan administratif ». Ce point de vue a été corroboré « par les statistiques du secrétariat du CCS relatives à la mobilité interorganisations [portant sur 38 organisations] durant la période 2013-2016, [qui ont démontré] que la différence entre le nombre d'arrivées et de départs de fonctionnaires [représentait] une part négligeable de l'effectif total des organisations » (A/73/662, par. 50 à 54).

bénéficiaire d'une assurance maladie après la cessation de service subventionnée<sup>40</sup>. En tout, 14 des 26 régimes ont instauré cette condition préalable. Le tableau 6 présente les régimes d'assurance maladie qui appliquent des critères différents – allant de l'absence de toute condition minimale de cotisation à l'exigence d'une durée minimale de dix ans. Si les membres de la famille n'ont pas totalisé le nombre d'années de cotisation requises, ils peuvent néanmoins s'affilier au régime d'assurance maladie après la cessation de service sans bénéficier de subvention jusqu'à atteindre le seuil requis au-delà duquel leur prime sera subventionnée.

Tableau 6

**Nombre minimum d'années (autre que cinq) de cotisation à un régime d'assurance maladie contributif des Nations Unies dont doivent justifier les membres de la famille des fonctionnaires ayant pris leurs fonctions à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service**

<i>Nombre d'années de cotisation requises</i>	<i>Régime d'assurance maladie</i>
10	FAO – Assurance-maladie après cessation de service OMS – Assurance maladie du personnel PAM – Plan général d'assurance maladie UNESCO – Caisse d'assurance maladie
2	AIEA – Plan d'assurance médicale après la cessation de service ONUDI – Régime des agents des services généraux hors siège et Plan d'assurance médicale primaire
Pas de durée minimale requise, pour autant que les personnes à charge étaient assurées à la date de la cessation de fonctions de l'intéressé	HCR – Régime d'assurance maladie OACI – Plan de prestations médicales OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel OMI – Régime d'assurance médicale collective ONU Tourisme – Régime d'assurance maladie et accident PNUD – Régime d'assurance maladie (y compris le FNUAP et ONU-Femmes) UNOPS – Régime d'assurance maladie UPU – Caisse maladie

*Source* : Compilation du CCI.

**67. L'affiliation tardive de membres de la famille peut entraîner un risque d'antisélection.** De l'avis de l'Inspecteur, le fait d'avoir accès à l'assurance maladie après la cessation de service sans condition d'affiliation préalable au régime favorise l'antisélection, dans la mesure où ceux qui présentent un risque plus élevé de subir un événement négatif auront davantage tendance à vouloir s'affilier à un régime administré par les Nations Unies lorsque le risque se concrétise ou est sur le point de se concrétiser, ce qui est le cas lorsque l'on avance en âge. C'est au demeurant la raison pour laquelle une durée minimale de cotisation doit être fixée comme condition préalable pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, comme c'est déjà le cas dans 18 des régimes proposés par les entités des Nations Unies.

<sup>40</sup> Ou de deux ans si le conjoint est couvert par un employeur autre que l'Organisation des Nations Unies ou un régime national d'assurance, sauf lorsque l'ayant droit acquiert cette qualité au cours de la période visée et adhère au régime dans les trente jours suivant la date effective de la création de la relation qui fait de lui un ayant droit.

68. La recommandation qui suit devrait donner aux régimes qui ne subordonnent l'acquisition du droit à l'assurance maladie après la cessation de service à aucune ou seulement à une très courte durée préalable de cotisation la possibilité de réaliser des économies et de répartir plus équitablement les risques liés au droit des membres de la famille du fonctionnaire à bénéficier d'une telle assurance, conformément à la résolution 61/264 de l'Assemblée générale. Elle devrait également contribuer à offrir des chances égales en termes de mobilité interinstitutionnelle du personnel, en évitant que les organisations ne se fassent inutilement concurrence en proposant des conditions d'admissibilité plus favorables pour les membres de la famille des fonctionnaires.

### Recommandation 3

**Les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient, d'ici à la fin de 2026, veiller à ce que le droit des membres de la famille des fonctionnaires à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service soit subordonné à un minimum de cinq années d'affiliation à un régime d'assurance maladie contributif des Nations Unies, sans préjudice d'exceptions dûment justifiées par des événements de la vie.**

## D. Primes et répartition de la charge des cotisations entre les entités et les assurés

### 1. Les cotisations doivent être déterminées sur la base de l'équité et de la solidarité<sup>41</sup>

69. Il convient de mieux harmoniser les modèles de solidarité qui sous-tendent les régimes d'assurance maladie financés par les Nations Unies afin de garantir une répartition équitable des primes et des risques. Les primes des régimes privés d'assurance maladie sont généralement calculées en fonction du risque et d'autres facteurs de coûts liés à l'assuré, tels que les problèmes de santé préexistants, le mode de vie, l'âge et le lieu géographique, l'objectif étant de trouver un équilibre entre le principe de mutualisation des risques inhérent à tous les types d'assurance et la responsabilité personnelle. À niveau de prise en charge égal, une personne jeune et en bonne santé peut s'attendre à payer une prime d'assurance maladie moins élevée qu'une personne plus âgée et en moins bonne santé, et cette dernière sera moins couverte si ses primes sont identiques à celles acquittées par des assurés plus jeunes. En revanche, dans le cadre des systèmes de sécurité sociale, tels que les régimes nationaux d'assurance maladie ou les régimes mis en place par l'ONU et d'autres organisations internationales, le principe de solidarité, fondé sur la capacité de paiement et l'âge des bénéficiaires, joue un rôle essentiel, l'autre principe (inhérent à tout régime d'assurance, qu'il soit public ou privé) étant la mutualisation des risques entre les assurés, indépendamment de leur âge, de leur état de santé et de leur niveau de revenu. L'application de ces principes de solidarité et de mutualisation des risques permet ainsi d'offrir une couverture médicale équitable pour tous, le droit à la santé étant considéré à la fois comme un bien privé et public et comme un droit fondamental de la personne<sup>42</sup>. Cette règle n'est

<sup>41</sup> Pour plus de détails sur les primes d'assurance maladie, voir le document qui complète le présent examen.

<sup>42</sup> Le droit de l'être humain à la santé est consacré dans de nombreux instruments internationaux. Aux termes de l'article 25, par. 1, de la Déclaration universelle des droits de l'homme, « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires » mais, dans le droit international des droits de l'homme, c'est le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui contient l'article le plus complet sur le droit à la santé. En outre, le droit à la santé et à la sécurité sociale est reconnu par les conventions de l'OIT, notamment la Convention de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum) (n° 102), la Convention de 1962 sur l'égalité de traitement (sécurité sociale) (n° 118), la Convention de 1964 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (n° 121) [tableau I modifié en 1980], la Convention de 1967 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants (n° 128), la Convention de 1969 concernant les soins médicaux et les

toutefois pas mise en œuvre de manière uniforme dans tous les régimes, ainsi qu'il est expliqué plus avant dans le rapport.

**70. Les deux principes de base pour la détermination des cotisations d'assurance maladie ont été établis par l'Assemblée générale en 1957.** Il importe de rappeler que, conformément à la résolution 1095 A (XI) de l'Assemblée générale, le Secrétaire général est autorisé à financer des systèmes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour le personnel, de façon que les « fonctionnaires des classes les moins rémunérées » reçoivent une « assistance financière plus grande ». Cela signifie que, si les primes doivent être réparties à parts égales entre l'organisation et le groupe de bénéficiaires (en 1957, les primes étaient acquittées à 50 % par l'organisation et à 50 % par le personnel), les cotisations dues par les fonctionnaires doivent néanmoins être (proportionnellement, voire plus que proportionnellement, mais toujours dans un sens qui leur soit favorable) fonction de leur traitement. Les deux grands principes régissant le financement de ce volet de la politique en matière de sécurité sociale, tels qu'énoncés dans la résolution précitée, sont, d'une part, celui de la responsabilité partagée entre les deux parties – l'employeur et les membres du personnel – pour ce qui est des soins de santé et des pensions et, d'autre part, celui de la répartition des cotisations entre les assurés en fonction de leur capacité de paiement, même s'il existe différents moyens de se conformer au mandat de l'organe délibérant à cet égard (par un taux proportionnel, un barème progressif ou une échelle mobile, par exemple).

**71. Dans la plupart des régimes, la répartition des primes entre les bénéficiaires repose sur les principes de capacité de paiement et de solidarité intergénérationnelle.** Dans 21 des 26 régimes d'assurance maladie, la part des cotisations due par les assurés correspond à un pourcentage fixe de leur traitement<sup>43</sup>, avec des variations selon la taille de leur famille, à l'exception d'ONU Tourisme qui applique un pourcentage forfaitaire sans tenir compte de ce facteur. De l'avis de l'Inspecteur, la méthode de calcul de ces taux proportionnels est une bonne pratique car elle est simple et facile à comprendre, et tient en même temps compte du principe de solidarité intergénérationnelle fondé sur la capacité de paiement et l'âge. Ce type de solidarité obéissant à de multiples critères est parfois renforcé par des échelles mobiles (comme dans les régimes du Secrétariat de l'ONU et de l'AIEA)<sup>44</sup>, ce qui autorise une progressivité des cotisations, à l'instar des impôts nationaux sur le revenu ou de la structure tarifaire utilisée par le régime commun des Nations Unies pour déterminer les contributions du personnel. La solidarité est donc non seulement proportionnelle à la rémunération, mais est même plus que proportionnelle dans les tranches de revenu supérieures.

**72. La dimension familiale de la solidarité est également présente à des degrés divers.** Les structures simplifiées de contributions, comme celles d'ONU Tourisme où tous les membres de la famille affiliés au régime d'assurance maladie sont, sans limite de nombre, exemptés de cotisations, confèrent à la solidarité une nouvelle dimension, axée sur la famille. En effet, ONU Tourisme subventionne, pour tous les membres de son personnel, l'intégralité des cotisations dues par les membres de la famille admis au bénéfice du régime (c'est-à-dire le conjoint et les enfants à charge), faisant ainsi de l'assurance maladie un élément de sa politique de protection familiale.

**73. Le principe d'équivalence ou de causalité des coûts, qui caractérise habituellement le calcul des primes pratiquées par les assureurs privés, est lui aussi intégré dans certains régimes.** Une autre méthode de calcul des cotisations consiste à

---

indemnités de maladie (n° 130), la Convention de 1982 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale (n° 157), et la Convention de 2000 sur la protection de la maternité (n° 183). Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent également le droit à la santé, comme la Charte sociale européenne (art. 11), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art. 16) et le Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (art. 10). De même, le droit à la santé a été proclamé par la Commission des droits de l'homme et consacré dans la Déclaration et le Programme d'action de Vienne de 1993 et d'autres instruments internationaux (observation générale n° 14 (2000) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, par. 2).

<sup>43</sup> Il s'agit des régimes pour lesquels le contrat d'assurance a été souscrit par le HCR, l'Office des Nations Unies à Genève, l'Office des Nations Unies à Vienne, l'OIT, l'OMS, l'ONUUDC, l'ONUUDI, le PAM, le PNUD, le Secrétariat de l'ONU à New York, l'UNESCO, l'UNICEF et l'UNOPS.

<sup>44</sup> A/61/730, par. 11, 12 et 13.

prévoir des primes forfaitaires fixées en montants absolus ; cette méthode, qui ne tient pas compte de la solidarité fondée sur la capacité de paiement, utilise en lieu et place une version plus limitée du principe d'équivalence ou de causalité des coûts qui caractérise habituellement le calcul des primes pratiquées par les compagnies d'assurance privées. S'apparentant à un impôt de capitation, ces primes forfaitaires sont calculées en fonction de la taille de la famille et non de la rémunération ; il peut s'y ajouter un élément lié au profil de risque individuel des membres de la famille, ce qui peut aboutir à des cotisations différentes pour les enfants et les adultes. Les Plans d'assurance médicale de base de la FAO et du PAM prélèvent auprès de leurs assurés une cotisation d'un montant fixe mais plafonné à 5 % du traitement du fonctionnaire. Si simple soit-il au premier abord, ce système peut se traduire, dans les faits, par des cotisations allant de 1 % à 5 % des traitements, par des subventions plus importantes pour les familles ayant de nombreux enfants à charge (comme dans le cas d'ONU Tourisme) et par le fait que les fonctionnaires moins bien rémunérés paient davantage en termes relatifs (5 % de leur traitement au pire des cas) que ceux qui gagnent davantage (le même montant fixe représentant une proportion plus faible de leur rémunération).

**74. Régimes dans lesquels la solidarité fondée sur la capacité à payer est limitée ou inexistante.** Le régime d'assurance maladie de l'UPU est le seul qui prélève des cotisations forfaitaires dont le montant est fixé selon l'âge des assurés, quel que soit leur niveau de revenu, à l'instar de ce qui se fait d'ordinaire dans les compagnies d'assurance du secteur privé. Cela signifie, d'une part, qu'il n'y a pas de subventions croisées entre les assurés (ou de subventions plus importantes versées par l'organisation) en fonction de leur capacité à payer et, d'autre part, que le degré de mutualisation des risques est plus limité, dans la mesure où ceux qui présentent des risques plus marqués, tels que l'âge, acquittent des cotisations plus élevées (ils auto-assurent en quelque sorte une plus grande partie de leurs risques, du moins en termes absolus). Le régime de l'OACI, quant à lui, applique pour le calcul des cotisations des membres de son personnel des pourcentages différents selon qu'ils sont recrutés sur le plan international ou national, ce qui peut donner lieu à des subventions croisées entre les assurés ou générer une répartition inégale des subventions entre les deux groupes d'assurés, et ce en raison d'un élément qui n'est pas lié intrinsèquement au principe fondamental de la capacité de paiement.

**75. La diversité des modèles de solidarité pris en compte aux fins de la détermination des cotisations des assurés aboutit quelquefois à des résultats surprenants.** À titre d'illustration des effets que produisent les différentes méthodes de calcul des cotisations, le tableau 7 indique le pourcentage de la rémunération nette des fonctionnaires correspondant à leur cotisation au régime d'assurance maladie ; il compare, pour ce faire, la situation de deux fonctionnaires de 35 ans occupant l'un, un emploi de classe P-3, échelon V, et l'autre, un emploi de classe GS-5, échelon V. Il ressort de l'analyse que ce dernier, qui gagne moins que le premier fonctionnaire dans le même lieu d'affectation (Genève, Bangkok, Rome), pourrait devoir acquitter des cotisations représentant un pourcentage plus élevé de son traitement au titre du même régime d'assurance maladie.

Tableau 7

**Pourcentage de la rémunération nette d'un fonctionnaire correspondant à sa cotisation au régime d'assurance maladie : comparaison entre deux fonctionnaires de 35 ans, l'un recruté sur le plan international (classe P-3, échelon V) et l'autre sur le plan local (classe GS-5, échelon V) dans le même lieu d'affectation (sans distinction de sexe)**

Régime d'assurance maladie/ Lieu d'affectation	Fonctionnaire sans personne à charge		Fonctionnaire avec un adulte à charge		Fonctionnaire avec un adulte et un enfant à charge	
	P-3, échelon V	GS-5, échelon V	P-3, échelon V	GS-5, échelon V	P-3, échelon V	GS-5, échelon V
<b>Bangkok</b>						
OACI – Plan de prestations médicales	1,79	2,20	3,38	4,35	3,29	4,24
<b>Genève, Berne</b>						
OMPI – Assurance maladie de groupe	2,32	2,51	4,38	4,71	5,23	5,39
UPU – Caisse maladie	2,34	3,02	4,42	5,54	5,41	6,50
<b>Rome</b>						
FAO – Plan général d'assurance maladie	2,02	3,56	3,71	5,00	4,54	5,00
PAM – Plan général d'assurance maladie	1,61	2,84	3,06	5,00	3,77	5,00

Source : Compilation du CCI.

76. **Une plus grande transparence et une meilleure coordination sont nécessaires pour forger la solidarité entre les régimes.** Le modèle de solidarité retenu par chaque régime pour déterminer les cotisations à la charge du personnel est en règle générale issu d'une tradition fort ancienne et bien établie. Il ressort des entretiens et des données recueillies à partir du questionnaire institutionnel que les bénéficiaires, et même les administrateurs des régimes, ont parfois du mal à appréhender les méthodes de calcul utilisées tant elles sont complexes et à tirer au clair leurs effets. L'Inspecteur estime qu'une plus grande transparence et des discussions plus approfondies entre les organisations et les représentants de leur personnel sont nécessaires afin de bien faire comprendre la portée et les retombées de ces dispositions sur le niveau de mutualisation des risques et la solidarité intergénérationnelle et interpersonnelle que prévoient leurs régimes d'assurance maladie. De l'avis de l'Inspecteur, il pourrait également être envisagé d'opter pour la mise en place, à l'échelle du système tout entier, d'un ensemble de principes de fixation des cotisations qui favoriserait l'harmonisation et la comparabilité des régimes et refléterait une approche commune de ce qui constitue l'un des éléments parmi les plus importants de la notion de sécurité sociale, au-delà de la couverture et de la répartition des primes entre, d'un côté, les fonctionnaires en activité et à la retraite et, de l'autre, les organisations qui les emploient ou les employaient<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Les modèles peuvent être de quatre types : un modèle fondé sur le marché, dans lequel la solidarité se limite à la mise en commun des risques par un grand nombre de personnes et où les cotisations sont fonction non pas de la rémunération ou de la capacité à payer, mais des risques ou dépenses prévisibles (l'âge et le nombre de membres de la famille, voire l'état de santé) ; un modèle modérément redistributif, dans lequel le montant des cotisations dépend directement de la rémunération de l'assuré, indépendamment de son âge et de la taille de sa famille, de sorte que, toutes choses étant égales par ailleurs, ceux qui perçoivent un salaire plus élevé subventionnent ceux qui gagnent moins, et que les familles nombreuses sont subventionnées par les familles plus petites et, en particulier, par les célibataires disposant d'un revenu équivalent ; un modèle fortement redistributif, qui non seulement ne prend en considération ni l'âge ni la composition de la famille mais utilise une échelle mobile des revenus pour déterminer les cotisations, ce qui renforce davantage les subventions croisées telles que décrites dans le modèle précédent ; un modèle dégressif, dans lequel on applique un taux inversement proportionnel à la rémunération (un taux de cotisation forfaitaire, de type impôt de capitation, serait l'expression la plus simple de ce type de modèle).

77. L'absence d'orientations communes concernant le modèle de solidarité sur lequel repose la répartition des cotisations pourrait creuser plus encore les écarts entre les niveaux d'aide offerts par les organisations à leurs assurés et entraîner une répartition inéquitable des cotisations au sein du groupe de bénéficiaires. La recommandation qui suit devrait améliorer la cohérence et l'harmonisation des politiques en matière d'assurance maladie et, partant, favoriser la transparence, la comparabilité et la mobilité interorganisations du personnel entre les régimes d'assurance maladie des entités participantes.

#### Recommandation 4

**L'Assemblée générale des Nations Unies devrait demander à la Commission de la fonction publique internationale de proposer des lignes directrices favorisant une meilleure cohérence dans la mise en œuvre des principes de solidarité intergénérationnelle, de capacité de paiement et de protection de la famille dans les régimes d'assurance maladie cofinancés par les organisations appliquant le régime commun des Nations Unies.**

## 2. Base de calcul des cotisations du personnel retraité

78. **Les pensions réelles constituent, à l'instar des traitements pour les fonctionnaires en activité, le moyen le plus précis d'évaluer la capacité de paiement des retraités.** Alors que pour le personnel en activité, les cotisations sont généralement établies à partir du traitement mensuel net de base majoré de l'indemnité de poste (pour le personnel recruté sur le plan international) et d'autres prestations comme la prime de connaissances linguistiques et l'indemnité de non-résident, pour les retraités, c'est le montant de la pension réelle ou un montant réputé fonctionnellement équivalent, tel qu'un pourcentage du dernier traitement perçu lorsqu'ils étaient en activité, qui est pris en considération. Le but premier est ici de simplifier les calculs et d'éviter d'être tributaire des données de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ; cela étant, les pensions réelles demeurent un moyen plus juste, et le plus précis qui soit, de mesurer la capacité de paiement – en atteste le fait que, pour le personnel en activité, ce sont les traitements qui sont pris en compte, comme en a décidé l'Assemblée générale dans sa résolution 1095 A (XI) du 27 février 1957<sup>46</sup>. C'est pour cette raison, et dans le but aussi de favoriser la comparabilité et l'harmonisation des régimes d'assurance entre les entités participantes, que **l'Inspecteur suggère qu'à chaque fois que des données sont disponibles, les cotisations des retraités à leurs régimes d'assurance maladie respectifs soient calculées sur la base des pensions réelles (ou d'une proportion uniforme de celles-ci), et non sur une quelconque approximation, afin qu'elles correspondent mieux à la capacité de paiement des retraités**, sans toutefois exclure la possibilité de fonder ledit calcul sur une pension théorique, comme expliqué plus loin.

79. **Le recours à une pension théorique pour le calcul des cotisations d'assurance maladie après la cessation de service peut renforcer la solidarité et contribuer à la maîtrise des dépenses.** Le fait d'utiliser une pension théorique équivalant à un nombre minimum d'années d'affiliation pour déterminer le montant des cotisations dues au titre dudit régime constitue une autre forme de solidarité à l'égard des assurés ayant des carrières plus longues dont les cotisations sont calculées sur la base des pensions réelles<sup>47</sup> et permet aussi de maîtriser les dépenses. Dans sa résolution 61/264, l'Assemblée générale a approuvé

<sup>46</sup> L'Assemblée générale « autorise le Secrétaire général à élargir, à compter du 1<sup>er</sup> juin 1957..., les systèmes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation actuellement applicables au personnel, le financement de ces systèmes devant être assuré par répartition à peu près égale du coût total entre l'ensemble du personnel participant et l'Organisation, de façon que les fonctionnaires des classes les moins rémunérées reçoivent une assistance financière plus grande que ceux des classes les plus rémunérées ».

<sup>47</sup> Les cotisations des retraités sont parfois calculées sur la base d'une partie de la pension, plutôt que sur la totalité de la pension réelle, de façon à les réduire proportionnellement. Aussi longtemps que la même proportion est appliquée aux pensions de tous les retraités (50 %, par exemple), l'effet de rééquilibrage des cotisations des assurés ayant des carrières plus courtes obtenu grâce à l'utilisation d'une pension théorique demeure inchangé.

l'utilisation d'une pension théorique correspondant à un minimum de vingt-cinq années de service pour calculer la cotisation des retraités comptant un moindre nombre d'années d'affiliation à un régime d'assurance maladie géré par l'ONU, de sorte qu'ils doivent acquitter une cotisation correspondant à une pension plus élevée que celle perçue effectivement, ce qui a pour effet de réduire le montant des cotisations dues par l'organisation concernée (et les autres retraités)<sup>48</sup>. S'agissant de l'origine de cette initiative, il est à noter qu'elle n'a rien à voir avec le principe de capacité de paiement ; elle concerne l'acquisition du droit à une subvention pour les cotisations à un régime d'assurance maladie après la cessation de service.

80. **La pension théorique n'est utilisée que par une poignée d'entités participantes.** Sur les 26 régimes d'assurance maladie, 8 appliquent la résolution susmentionnée ou s'en inspirent – il s'agit de ceux dont le contrat d'assurance a été souscrit par l'Office des Nations Unies à Genève, l'OIT, l'ONUDI et le Secrétariat de l'ONU à New York. Les régimes dont sont dotés l'OMS et l'UNESCO ont recours à une base de calcul similaire mais, dans le premier cas, la pension théorique correspond à trente années de cotisation tandis que dans le second elle est de vingt ans. Si aucun des autres régimes n'utilise de pension théorique pour limiter les subventions destinées aux retraités, il n'en demeure pas moins que le fait de prendre comme base de calcul la rémunération réellement perçue au moment de la cessation d'activité peut avoir des effets similaires en termes d'augmentation des cotisations des retraités.

81. Le tableau 8 indique les différentes bases de calcul des cotisations des retraités admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, ainsi que des subventions prévues par l'organisation concernée à leur égard.

Tableau 8

**Base de calcul des cotisations d'assurance maladie des membres du personnel retraités**

<i>Base de calcul</i>	<i>Entités participantes et régime d'assurance maladie</i>
Pension théorique correspondant au minimum à dix années de cotisation (sauf en cas de montant de la pension réelle à taux plein plus élevé)	ONU Tourisme – Régime d'assurance maladie et accident
Pension théorique correspondant au minimum à vingt années de cotisation	UNESCO – Caisse d'assurance maladie
Pension théorique correspondant au minimum à vingt-cinq années de cotisation (sauf en cas de montant de la pension réelle à taux plein plus élevé)	OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel Office des Nations Unies à Genève – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies Office des Nations Unies à Vienne – Plan d'assurance médicale primaire Secrétariat de l'ONU – Aetna, Cigna Dental, Empire Blue Cross, Régime mondial d'assurance maladie des Nations Unies ONUDI – Plan d'assurance médicale primaire et régime des agents des services généraux hors Siège

<sup>48</sup> Bien que l'utilisation de la pension théorique ait été approuvée par l'Assemblée générale dans sa résolution 61/264, la disposition n'est entrée en vigueur qu'en juillet 2017 pour tous les membres du personnel recrutés à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007, il a fallu attendre que le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service ait examiné d'autres mécanismes de modulation des droits à prestations que cette solution soit pleinement mise en œuvre. Le Groupe de travail n'étant pas parvenu à un consensus concernant ces autres mécanismes, la disposition approuvée par l'Assemblée générale a été mise en application à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023 (A/76/373, par. 63).

<i>Base de calcul</i>	<i>Entités participantes et régime d'assurance maladie</i>
Pension théorique correspondant au minimum à trente années de cotisation ou pension à taux plein si le retraité justifie de plus de trente années de cotisation à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies au moment de son départ à la retraite	OMS – Assurance maladie du personnel
Prestation périodique à taux plein versée par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (recalculée de façon à inclure toute fraction qui pourrait avoir été convertie en une somme en capital), y compris les ajustements au coût de la vie, ou 46 % de la rémunération moyenne finale <sup>a</sup> , telle que calculée par ladite Caisse	FAO – Assurance médicale après cessation de service/Assurance maladie après cessation de service (pour le personnel recruté localement)
Prestation périodique à taux plein versée par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (recalculée de façon à inclure toute fraction qui pourrait avoir été convertie en une somme en capital), y compris les ajustements au coût de la vie, ou 32 % de la rémunération moyenne finale <sup>a</sup> , telle que calculée par ladite Caisse	PAM – Plan général d'assurance maladie
Traitement mensuel net perçu le dernier mois complet d'activité (retenu jusqu'à la fin de la vie des retraités), sur la base duquel est déterminé le pourcentage de cotisation applicable à l'assuré	AIEA – Plan d'assurance médicale après la cessation de service
Montant le plus élevé entre le tiers de la rémunération servant au calcul de la cotisation à la date de la cessation de service et la prestation périodique à taux plein versée par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (recalculée de façon à inclure toute fraction qui pourrait avoir été convertie en une somme en capital)	OMI – Régime d'assurance médicale collective
50 % du traitement net actuel correspondant à la classe et à l'échelon atteints par le fonctionnaire retraité à la date de la cessation de service, modifié régulièrement en fonction du taux d'ajustement au coût de la vie déterminé par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies	Secrétariat de l'ONU – Régime d'assurance maladie PNUD – Régime d'assurance maladie HCR – Régime d'assurance maladie UNICEF – Régime d'assurance maladie PAM – Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national
Traitement net actuel correspondant à la classe et à l'échelon atteints par le fonctionnaire retraité à la date de la cessation de service <sup>b</sup>	UNOPS – Régime d'assurance maladie
Sans objet – cotisation forfaitaire, quel que soit le niveau de rémunération	OACI – Plan de prestations médicales UPU – Caisse maladie OMPI – Assurance maladie de groupe

Source : Compilation du CCI.

<sup>a</sup> Moyenne de la rémunération considérée aux fins de la pension perçue durant les trente-six mois où le traitement versé à l'intéressé a été le plus important au cours des cinq dernières années de service.

<sup>b</sup> Le taux de cotisation des retraités représente toutefois 50 % de celui des fonctionnaires en activité.

82. **Le fait de réduire le montant des subventions allouées par les entités participantes aux retraités justifiant d'une période de cotisation limitée constitue une bonne pratique.** Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, diverses méthodes ont été imaginées au fil du temps dans tous les régimes d'assurance maladie pour calculer les cotisations des retraités sur la base de leur capacité de paiement ou – autre critère – de la causalité des coûts. Elles vont de la prise en compte des pensions réelles – ce qui se rapproche le plus du principe de la capacité de paiement – à l'utilisation du dernier traitement perçu pendant la vie active, en passant par le traitement net perçu au moment dudit calcul (correspondant à la dernière classe et au dernier échelon atteints par le fonctionnaire retraité), ou encore par une cotisation forfaitaire non liée à la rémunération. À l'exception de cette dernière, toutes les autres méthodes reposent sur la rémunération et donc sur le principe fondamental de la capacité de paiement, principe généralement retenu par les régimes de sécurité sociale et adopté par les États Membres en 1957 ; l'Inspecteur est d'avis que toutes ces méthodes sont acceptables, ce qui a été corroboré par les représentants des associations du personnel qui n'ont formulé aucune réserve à ce sujet lors des entretiens. Le critère qui se prêterait toutefois à une plus grande harmonisation est le nombre d'années pris en compte pour estimer la pension théorique servant au calcul des cotisations des retraités, de manière à réduire la part des subventions allouées par l'entité aux retraités justifiant d'une durée de cotisation limitée. **L'Inspecteur suggère donc que la base de calcul des cotisations prenne en considération, outre la capacité de paiement (dans l'absolu, la pension réelle), la nécessité de réduire au minimum les subventions excessives allouées aux retraités qui ont peu cotisé au régime lorsqu'ils étaient en activité.**

### 3. Répartition des primes entre les assurés et les organisations

83. **Conformément au principe de répartition de la charge des primes établi par l'Assemblée générale, l'employeur est tenu de couvrir au moins 50 % des cotisations, la part à la charge des assurés étant quant à elle fonction de leurs traitements.** Dans sa résolution 1095 A (XI), adoptée le 27 février 1957, l'Assemblée générale a indiqué que le financement des systèmes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation applicables au personnel devait être assuré « par répartition à peu près égale du coût total entre l'ensemble du personnel participant et l'Organisation » ; en 1983<sup>49</sup>, elle a néanmoins précisé que les deux tiers du coût de l'assurance maladie, au maximum, seraient pris en charge par l'organisation et le restant par le participant à titre expérimental pour les régimes d'assurance maladie administrés aux États-Unis, en raison du coût élevé des soins de santé dans ce pays<sup>50</sup>. Si, globalement, ces ratios sont respectés dans la répartition des primes, leur application n'est pas uniforme étant donné que, conformément à la résolution susmentionnée, les cotisations des assurés sont fonction de la rémunération nette de ces derniers, de sorte que la part des cotisations acquittée par l'organisation, qui vient couvrir le solde de chaque prime, est inversement proportionnelle aux niveaux de rémunération. En outre, la part due par l'organisation, qui est calculée sur la base des sommes et pourcentages définis pour les cotisations à acquitter par les membres du personnel, est légèrement plus élevée pour les fonctionnaires ayant une famille nombreuse, ce qui permet, au moment de déterminer le montant des cotisations, d'y intégrer un élément de protection familiale qui est lui aussi lié au profil de risque différencié des familles en fonction de leur taille.

84. **Le niveau réel des contributions des organisations aux primes d'assurance maladie oscille entre 50 % et 75 %.** Dans un certain nombre d'entités participantes – l'OACI (pour le personnel recruté sur le plan international), l'Office des Nations Unies à Genève, l'Office des Nations Unies à Vienne, l'OIT, l'ONUDI, l'UNESCO et l'UPU –, ce niveau s'établit à environ 50 % pour les fonctionnaires en activité. Les entités qui prévoient le plus haut niveau de contributions – de 50 % à 75 % – sont celles qui proposent des régimes d'assurance maladie destinés uniquement au personnel recruté localement, hors des villes sièges, comme les régimes d'assurance médicale du HCR, du PNUD, du Secrétariat de l'ONU, de l'UNICEF et de l'UNOPS, le Régime de couverture médicale du personnel hors

<sup>49</sup> Résolution 38/235 de l'Assemblée générale.

<sup>50</sup> Cette décision a été confirmée pour la dernière fois en 2014 par l'Assemblée générale dans sa résolution 69/251, qui a entériné le maintien de la formule de répartition des cotisations d'assurance maladie entre l'Organisation et le personnel actif et retraité affilié à un régime d'assurance maladie.

siège recruté sur le plan national administré par la FAO et le Plan de prestations médicales de l'OACI. L'Assurance maladie du personnel de l'OMS est le seul régime où les deux tiers des cotisations sont dus par l'organisation et un tiers est à la charge des assurés, et ce, dans le monde entier.

85. **Seule la moitié des régimes d'assurance maladie octroient des subventions plus importantes pour les retraités que pour les actifs**, ce qui renforce le principe de solidarité intergénérationnelle inhérent à la notion d'assurance ou de mutualisation des risques de santé. Plusieurs régimes prévoient des pourcentages fixes pour la répartition des cotisations. Ainsi, à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'OIT, la répartition est de 50 % pour l'organisation et 50 % pour le personnel en ce qui concerne les fonctionnaires en activité, et de 67 % pour l'organisation et 33 % pour les assurés en ce qui concerne les retraités, comme on peut le voir dans le tableau 9. Les dispositions relatives à la répartition de la charge des cotisations sont exposées plus en détail dans le document qui complète le présent examen.

86. **Dans certaines entités, la part de la prime qu'acquittent les membres du personnel est globalement supérieure à celle que prend en charge l'organisation.** C'est notamment le cas, comme le montre le tableau 10, du Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national de la FAO, du Régime mondial du Secrétariat de l'ONU (pour le personnel actif) et des deux régimes de l'ONUDI destinés aux retraités.

87. **Si les principes de solidarité interpersonnelle et intergénérationnelle sont présents dans la plupart des régimes d'assurance maladie, la répartition de la charge des primes laisse apparaître des inégalités.** L'Inspecteur a constaté que les modalités actuelles de partage des coûts de l'assurance maladie entre les organisations et les assurés étaient dans l'ensemble conformes aux résolutions pertinentes de l'Assemblée générale et aux principes de solidarité interpersonnelle et intergénérationnelle inhérents à la notion de sécurité sociale, dans la mesure où la part des cotisations versées par les organisations pour les membres de leur personnel moins bien rémunérés ou ayant une famille plus nombreuse est généralement plus élevée, tandis que les retraités et les personnes à leur charge cotisent moins, se voient octroyer des subventions plus conséquentes et donnent potentiellement lieu à des remboursements plus importants au titre de l'assurance maladie. Cependant, comme indiqué précédemment, les inégalités en matière de répartition des coûts de l'assurance maladie sont nombreuses ; c'est ce qui ressort du tableau 9 et des informations figurant dans la sous-section suivante.

Tableau 9

**Répartition globale des cotisations par régime d'assurance maladie en 2022<sup>a</sup>**

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Part des cotisations (%)</i>	
	<i>Organisation – personnel en activité</i>	<i>Organisation – personnel retraité</i>
AIEA – Plan d'assurance médicale primaire/Plan d'assurance médicale après la cessation de service <sup>b</sup>	40-60	44-56
FAO – Plan général d'assurance maladie/Assurance maladie après cessation de service	61-39	63-37
FAO – Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national/Assurance maladie après cessation de service (pour le personnel recruté localement)	39-61	s.o.
HCR – Régime d'assurance maladie	78-22	
	Données ventilées non disponibles	
OACI – Plan de prestations médicales	48-52	52-48
Office des Nations Unies à Genève – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	47-53	65-35
Office des Nations Unies à Vienne/ONUDC – Plan d'assurance médicale primaire	56-44	77-23

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Part des cotisations (%)</i>	
	<i>Organisation – personnel en activité</i>	<i>Organisation – personnel retraité</i>
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	52-48	67-33
OMI – Régime d'assurance médicale collective	63-37	83-17
OMPI – Assurance maladie de groupe	47-53	48-52
OMS – Assurance maladie du personnel	67-33	69-31
ONUDI – Régime des agents des services généraux hors siège	53-47	30-70
ONUUDI – Plan d'assurance médicale primaire	53-47	30-70
ONU Tourisme – Régime d'assurance maladie et accident	Données non disponibles	
PAM – Plan général d'assurance maladie	52-48	30-70
PNUD – Régime d'assurance maladie	77-23	75-28
Secrétariat de l'ONU – Aetna	51-49	75-25
Secrétariat de l'ONU – Cigna Dental	55-45	71-29
Secrétariat de l'ONU – Empire Blue Cross	59-41	78-22
Secrétariat de l'ONU – Régime d'assurance maladie	79-21	67-33
Secrétariat de l'ONU – Régime mondial d'assurance maladie	34-66	61-39
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	50-50	50-50
UNICEF – Régime d'assurance maladie	79-21	Données non disponibles
UNOPS – Régime d'assurance maladie	77-23	89-11
UPU – Caisse maladie	Données non disponibles	

*Source* : Compilation du CCI établie à partir des informations financières fournies par les entités participantes.

<sup>a</sup> La contribution des organisations comprend également, le cas échéant, une part supplémentaire pour le paiement des honoraires d'un tiers administrateur ou des frais administratifs internes liés au traitement des demandes de remboursement.

<sup>b</sup> Les cotisations versées par les membres du personnel en activité ou à la retraite comprennent les sommes non subventionnées par l'organisation, ce qui influe légèrement sur le calcul du ratio.

88. **Des normes communes concernant la répartition des coûts de l'assurance maladie sont nécessaires.** Dans le droit fil de la recommandation 4 du présent rapport, l'Inspecteur considère que, quelles que soient les différences en termes de couverture, rien ne justifie, a priori, que des taux disparates soient appliqués pour la répartition des primes entre les organisations et leurs assurés, autres que les écarts liés au fait que les coûts médicaux varient d'un lieu à l'autre. **L'Inspecteur est également d'avis que le droit à la sécurité sociale et, en particulier, à l'assurance maladie implique que les organisations assument à tout le moins la moitié du coût des régimes.**

#### 4. Étude comparative des cotisations versées par les membres du personnel au titre de l'assurance maladie dans six lieux d'affectation

89. **L'examen a eu recours à des études de cas pour passer en revue les sommes que déboursent les fonctionnaires en activité pour les primes d'assurance maladie,** et a sélectionné à cet effet six lieux d'affectation situés dans différentes régions : Bangkok, Brasilia, Djouba, Genève, Le Caire et Nairobi. Plusieurs entités des Nations Unies y sont implantées, d'où une grande diversité de régimes d'assurance maladie. Ces études de cas se sont intéressées au pourcentage de la rémunération affecté aux cotisations d'assurance

maladie selon que le fonctionnaire est recruté sur le plan international (classe P-3, échelon V) ou local (classe GS-5, échelon V)<sup>51</sup>.

90. **Le coût de l'assurance maladie pour le personnel recruté à des postes de même catégorie peut, en un même lieu, varier dans une fourchette allant de 1 à 2,5** selon l'organisation et le régime. Les données tirées des études de cas montrent que, dans un même lieu d'affectation, le montant des cotisations peut afficher des écarts de 1 à 2,5 pour les membres du personnel de classe P-3, échelon V. Ainsi, à Bangkok, un fonctionnaire de classe P-3, échelon V, assuré par le Régime mondial d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU, paierait 121,73 dollars par mois au titre des cotisations (pour lui seul), soit 1,48 % de sa rémunération nette, alors que s'il était affilié à la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT, il paierait 291,99 dollars, soit 3,55 % de la même rémunération nette. De même, un fonctionnaire installé avec sa famille (son conjoint et un enfant) à Nairobi acquitterait une cotisation de 309,01 dollars par mois, soit 3,6 % de sa rémunération nette, s'il était couvert par le Régime mondial des Nations Unies, et de 541,25 dollars (6,31 % de sa rémunération nette), s'il était affilié à l'Assurance médicale collective du siège de l'ONUDI.

91. **Des variations importantes peuvent exister pour les agents relevant de la catégorie des services généraux.** Pour un agent de classe GS-5, échelon V, la différence dans les cotisations dues pour les primes d'assurance maladie peut aller du simple au quadruple d'un régime à l'autre. À Nairobi, par exemple, un fonctionnaire devra régler, pour lui et un membre adulte de sa famille, une cotisation mensuelle de 18,27 dollars (1,35 % de sa rémunération nette) s'il est couvert par les Régimes d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU et du HCR et de 77,65 dollars (5,74 % de cette même rémunération) s'il relève du Plan de prestations médicales de l'OACI. Le tableau 10 indique le montant des cotisations mensuelles d'un agent de classe P-3, échelon V installé à Bangkok, ainsi que le pourcentage que représente cette somme par rapport à sa rémunération nette. Le tableau 11 donne le même type d'informations pour un agent de classe GS-5, échelon V, dans le même lieu d'affectation. Les données relatives aux six lieux d'affectation sélectionnés pour les études de cas figurent dans le document qui complète le présent examen.

Tableau 10

**Montant des cotisations mensuelles à l'assurance maladie d'un agent de classe P-3, échelon V, installé à Bangkok, et pourcentage par rapport à sa rémunération nette**

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Montant de la cotisation mensuelle (en dollars) (pourcentage de la rémunération de l'agent affecté au paiement de la cotisation)</i>		
	<i>Fonctionnaire seul</i>	<i>Fonctionnaire + un membre de sa famille admissible à l'assurance maladie</i>	<i>Fonctionnaire + deux membres de sa famille admissibles à l'assurance maladie</i>
<b>Lieu d'affectation : Bangkok</b>			
FAO – Plan général d'assurance maladie	176,43 (2,15)	344,63 (3,95)	432,27 (4,82)
OACI – Plan de prestations médicales	147,12 (1,79)	294,44 (3,38)	294,44 (3,29)
Office des Nations Unies à Vienne – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies du HCR	279,65 (3,40)	383,62 (4,40)	430,21 (4,80)
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	291,99 (3,55)	402,80 (4,62)	446,34 (4,98)
OMS – Assurance maladie du personnel (également pour le personnel d'ONUSIDA)	209,74 (2,55)	444,65 (5,10)	488,47 (5,45)

<sup>51</sup> Les données s'appuient sur les barèmes des traitements, les taux des indemnités de poste et les taux de change opérationnels des Nations Unies au 31 juillet 2023.

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Montant de la cotisation mensuelle (en dollars) (pourcentage de la rémunération de l'agent affecté au paiement de la cotisation)</i>		
	<i>Fonctionnaire seul</i>	<i>Fonctionnaire + un membre de sa famille admissible à l'assurance maladie</i>	<i>Fonctionnaire + deux membres de sa famille admissibles à l'assurance maladie</i>
ONUDI – Plan d'assurance médicale primaire	259,35 (3,15)	412,35 (4,73)	565,15 (6,31)
PAM – Plan général d'assurance maladie	141,64 (1,72)	285,13 (3,27)	359,92 (4,02)
Secrétariat de l'ONU – Régime mondial d'assurance maladie des Nations Unies pour le personnel du FNUAP, d'ONU-Femmes, du PNUD, du Secrétariat de l'ONU et de l'UNOPS	121,73 (1,48)	199,66 (2,29)	322,66 (3,60)
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	259,91 (3,16)	414,30 (4,75)	496,53 (5,54)

Source : Compilation du CCI.

Tableau 11  
**Montant des cotisations mensuelles à l'assurance maladie d'un agent de classe GS-5, échelon V, installé à Bangkok, et pourcentage par rapport à sa rémunération nette**

<i>Régime d'assurance maladie</i>	<i>Montant de la cotisation mensuelle (en dollars) (pourcentage de la rémunération de l'agent affecté au paiement de la cotisation)</i>		
	<i>Fonctionnaire seul</i>	<i>Fonctionnaire + un membre de sa famille admissible à l'assurance maladie</i>	<i>Fonctionnaire + deux membres de sa famille admissibles à l'assurance maladie</i>
<b>Lieu d'affectation : Bangkok</b>			
FAO – Régime de couverture médicale du personnel	29,81 (1,43)	38,8 (1,82)	56,10 (2,61)
HCR – Régime d'assurance maladie	21,89 (1,05)	28,25 (1,35)	39,77 (1,85)
OACI – Plan de prestations médicales	45,82 (2,20)	91,13 (4,36)	91,13 (4,24)
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	74,0 (3,55)	96,67 (4,62)	107,5 (4,98)
OMS – Assurance maladie du personnel (également pour le personnel d'ONUSIDA)	53,16 (2,55)	106,71 (5,10)	117,15 (5,45)
ONUDI – Plan d'assurance médicale primaire	38,57 (1,85)	58,6 (2,78)	119,8 (5,54)
PAM – Plan général d'assurance maladie	25,22 (1,21)	32,22 (1,54)	47,29 (2,20)
PNUD – Régime d'assurance maladie	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	42,99 (2,00)
Secrétariat de l'ONU – Régime d'assurance maladie	21,89 (1,05)	28,25 (1,35)	39,77 (1,85)
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	65,87 (3,16)	99,2 (4,73)	119,8 (5,54)
UNICEF – Régime d'assurance maladie	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	40,84 (1,90)
UNOPS – Régime d'assurance maladie	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	42,99 (2,00)

Source : Compilation du CCI.

92. **Une plus grande coordination est nécessaire pour éviter une concurrence malsaine et garantir des conditions de service plus comparables.** Au vu des données présentées dans les tableaux 10 et 11 et des résultats issus des entretiens qui ont été réalisés, il semble qu'aucune raison valable n'explique les disparités observées, si ce n'est la diversité de la couverture (voir la section E ci-après) et des frais administratifs pratiques dans un même lieu d'affectation. Si cette explication est acceptable dans le sens où elle peut permettre de comprendre ces disparités, le résultat n'en est pas moins discutable car il implique que des fonctionnaires employés dans un même contexte sont assujettis à un traitement différent uniquement, ou principalement, sur la base de leur affiliation à un régime d'assurance particulier. Cette situation, ainsi que d'autres facteurs mentionnés précédemment et les différences de couverture exposées dans la section E ci-après, va clairement à l'encontre de l'objectif d'un système commun susceptible d'éviter une concurrence malsaine entre les entités onusiennes lors du recrutement de personnel, et d'offrir en même temps des conditions de travail égales aux fonctionnaires en poste dans un même lieu d'affectation, quelle que soit l'entité qui les emploie. **L'Inspecteur suggère que les entités des Nations Unies coordonnent leurs efforts au niveau des lieux d'affectation afin d'éviter, dans la mesure du possible, les disparités de cotisations et de couverture.**

## E. Couverture et prestations

93. **Onze éléments essentiels ont été retenus aux fins de l'examen pour comparer le niveau de la couverture et des prestations des différents régimes.** Il n'existe pas de références ou de normes internationalement reconnues concernant le niveau de couverture médicale des fonctionnaires sur lesquelles le présent examen aurait pu s'appuyer pour évaluer l'adéquation des régimes d'assurance maladie propres aux entités des Nations Unies. Qui plus est, les subtilités des contrats d'assurance en termes de couverture et de prestations ainsi que la disparité des primes demandées font qu'il est impossible de déterminer si un régime offre une meilleure prise en charge qu'un autre. Onze éléments essentiels ont néanmoins été retenus pour comparer le niveau de la couverture et des prestations des différents régimes et voir ce qui pourrait être fait pour les harmoniser davantage. L'examen a pris en considération, à cet effet, les caractéristiques les plus courantes des régimes d'assurance maladie, ainsi que les éléments couverts par la plupart d'entre eux et ceux qui sont les plus utilisés par les assurés. La présente section résume les principales constatations tirées de l'examen ; pour plus de détails, on se reportera au document qui complète ce dernier. Le chapitre IV du rapport passe quant à lui en revue les commentaires des assurés auxquels il a été demandé d'indiquer dans quelle mesure la couverture et les prestations offertes par leur régime répondaient à leurs besoins<sup>52</sup>.

### 1. Choix des prestataires de soins et couverture géographique

94. **Tous les régimes autorisent les assurés à choisir librement leurs prestataires de soins,** mais certains, en particulier ceux qui s'adressent aux personnes résidant en Amérique du Nord, permettent d'obtenir d'importants avantages préférentiels dès lors que l'on passe par les prestataires affiliés à leur réseau. Les régimes Aetna et Empire Blue Cross du Secrétariat de l'ONU, par exemple, offrent à leurs assurés une couverture complète sans franchise et un plafond de dépenses non prises en charge moins élevé que d'autres régimes pour la plupart des services fournis par ces prestataires affiliés. En dehors de l'Amérique du Nord, les régimes ne proposent pour la plupart aucun avantage significatif particulier entre les différents prestataires de soins, sauf si des tarifs négociés ont été conclus avec l'un ou l'autre d'entre eux dans certaines villes.

95. **La couverture est mondiale, excepté pour la plupart des membres du personnel hors siège recrutés localement.** En ce qui concerne la couverture géographique, les régimes destinés aux fonctionnaires et aux retraités du monde entier, quel que soit le statut sous lequel

<sup>52</sup> Les données présentées ici s'appuient sur les documents d'orientation générale qui étaient disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. Certaines prestations et couvertures peuvent être subordonnées, dans le régime concerné, à une autorisation préalable et/ou à certaines conditions. Afin de permettre une comparaison, l'analyse n'a pas tenu compte de ces particularités.

ils ont été recrutés (sur le plan international ou localement), garantissent une couverture mondiale pour un « prix raisonnable et habituel » au regard de ce qui se pratique là où les prestations sont servies, mais nombre d'entre eux l'assortissent de restrictions aux États-Unis d'Amérique en raison des coûts élevés des soins. Les régimes spécifiquement destinés au personnel recruté localement, tels que les régimes d'assurance maladie du HCR, du PNUD, du Secrétariat de l'ONU et de l'UNICEF, ne prévoient, dans des circonstances normales, qu'une couverture limitée, quand elle n'est pas simplement inexistante, en dehors des lieux d'affectation ou de résidence de leurs assurés<sup>53</sup>. Cette situation, qui pourrait poser un problème de taille aux assurés résidant dans des lieux d'affectation où l'accès aux soins de santé est limité, devrait être suivie de plus près et de manière constante, afin d'éviter que les fonctionnaires en activité et les retraités se voient proposer une offre insuffisante en termes d'assurance maladie dans le cadre de leur droit à la sécurité sociale.

## 2. Prise en charge et protection financières en cas de dépenses de santé catastrophiques

96. **Les plafonds annuels de remboursement varient sensiblement d'un régime à l'autre dans un même lieu d'affectation, voire au sein d'une même organisation.** Certains des 26 régimes d'assurance maladie dont il est ici question prévoient des plafonds annuels globaux de remboursement qui commencent à 60 000 dollars par personne ; d'autres n'en fixent aucun. Ces limites valent pour tous les assurés affiliés à un même régime dans un même lieu d'affectation, quels que soient le statut sous lequel ils ont été recrutés et leur classe d'emploi. Le niveau de couverture financière prévu par le régime d'assurance maladie obéit ainsi au principe de solidarité, ce qui permet à tous les assurés, indépendamment de leurs revenus, de leur âge et de leur état de santé, de bénéficier dudit régime sur un pied d'égalité, en fonction de leurs besoins médicaux et non pas de la rémunération qu'ils perçoivent ou de la catégorie de personnel dans laquelle ils ont été recrutés. Cela étant, dans un même lieu d'affectation, la couverture financière peut varier considérablement d'un régime à l'autre, notamment lorsqu'une même entité participante propose aux fonctionnaires en activité et retraités différents régimes d'assurance maladie selon qu'ils ont été recrutés sur le plan international ou localement. Les plafonds annuels de remboursement prévus par ces régimes sont détaillés dans le document qui complète le présent examen.

97. **Une protection supplémentaire est prévue en cas de difficultés financières résultant de dépenses de santé anormalement élevées.** L'assurance maladie étant considérée comme une composante de la protection sociale que l'ONU octroie à ses fonctionnaires en activité et retraités, ainsi qu'aux membres de leur famille et aux personnes qui leur sont liées dès lors qu'ils remplissent les critères d'admissibilité, les régimes d'assurance maladie que propose l'Organisation offrent pour la plupart une protection supplémentaire en cas de difficultés financières résultant de dépenses de santé élevées ou catastrophiques. Cette protection se présente sous la forme de mécanismes de plafonnement du montant restant dû par l'assuré et/ou de mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles. Les mécanismes précités permettent de plafonner le montant qui demeure à la charge des assurés pour leurs dépenses de santé (selon un système d'assurance partagée, dans lequel l'assuré supporte un pourcentage du coût de chaque consultation ou de chaque traitement). Une fois ce plafond atteint, le régime d'assurance maladie couvre la somme restant due dans son intégralité ou à un taux majoré, indépendamment du plafond financier global de remboursement mis en place.

98. **La protection offerte en cas de dépenses de santé catastrophiques devrait reposer sur la notion d'effort financier égal pour tous les assurés.** Sur les 26 régimes examinés, 22 prévoient un mécanisme de plafonnement des sommes qui demeurent à la charge de l'assuré, mais le montant de ces plafonds varie. Dans plusieurs régimes, le montant restant dû est un pourcentage de la rémunération mensuelle ou annuelle de l'assuré principal, tandis que dans d'autres, il s'agit d'un montant uniforme, identique pour tous. Compte tenu de l'objectif de cette clause, qui est d'éviter aux assurés de devoir faire face à de graves difficultés financières en raison d'un problème de santé, l'Inspecteur est d'avis que le plafond

<sup>53</sup> Il est à noter que les assurés de ces régimes d'assurance maladie peuvent, s'ils n'ont pas accès à certains services médicaux sur leur lieu d'affectation, en bénéficier dans d'autres lieux proches grâce au système de zones de soins régionales.

du montant restant dû par l'assuré devrait toujours être calculé en termes relatifs et non absolus, pour la simple raison qu'une somme de 1 000 dollars, par exemple, n'aura pas la même importance pour un assuré dont le traitement mensuel équivaut à ce montant que pour quelqu'un qui gagne 10 fois plus.

99. **Une couverture exceptionnelle est prévue lorsque le plafond est atteint et que des dépenses hors du commun ont été engagées.** Les mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles offrent une couverture financière supplémentaire, à titre exceptionnel, aux assurés qui ont atteint le plafond global de remboursement prévu par le régime d'assurance maladie. Elles ne s'appliquent donc pas aux régimes dans lesquels les remboursements ne sont pas plafonnés, tels que ceux administrés par l'AIEA, l'Office des Nations Unies à Genève, l'Office des Nations Unies à Vienne, l'OMPI, l'OMS, l'ONUSD et l'ONUDI. Dix des régimes qui fixent un plafond de remboursement contiennent une mesure de ce type. De plus amples précisions concernant les mécanismes de plafonnement du montant restant dû par l'assuré et les mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles figurent dans le document qui complète le présent examen<sup>54</sup>.

100. **La mise en place de mécanismes de plafonnement du montant restant dû par l'assuré et de mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles, associée à l'établissement de plafonds globaux de remboursement, constituent de bonnes pratiques.** Compte tenu des disparités en termes de couverture financière globale ainsi que de disponibilité et de portée des mécanismes et mesures susmentionnés, il va de soi que le niveau de protection sociale offert par l'assurance maladie varie considérablement d'un régime à l'autre. L'Inspecteur est d'avis que la mise en place de tels mécanismes et de telles mesures, associée à l'établissement de plafonds globaux de remboursement, constituent de bonnes pratiques favorisant la maîtrise des dépenses tout en garantissant une protection complète en cas de besoin, notamment pour permettre la prise en charge des risques de maladie les plus graves et les plus onéreux. **L'Inspecteur suggère que les entités participantes adaptent leurs politiques et contrats d'assurance maladie afin de veiller à ce que les mécanismes de plafonnement du montant restant dû par l'assuré ou les mesures d'intervention face à des conditions de vie difficiles reposent sur le principe d'un soutien financier équivalent pour tous les assurés et à ce que cette aide ne soit accordée qu'en cas de difficultés réelles au regard de leur capacité de paiement.**

### 3. Soins ambulatoires généraux et produits pharmaceutiques

101. **Les taux de remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques oscillent entre 75 % et 100 %.** Les régimes d'assurance maladie qui ne sont pas basés en Amérique du Nord remboursent quasiment tous 80 % des dépenses liées à des soins ambulatoires, sans franchise, à l'exception de celui de l'UNESCO qui prend en charge 75 % des frais, de celui dont est doté ONU Tourisme, qui couvre les frais engagés auprès de prestataires affiliés à son réseau à hauteur de 100 % s'ils sont implantés en Espagne et de 90 % s'ils sont dans un autre pays, et des régimes de l'OMPI et de l'UPU, qui remboursent 90 % des frais après déduction de la franchise annuelle. Pour les régimes basés en Amérique du Nord, la couverture est de 100 % pour les prestataires affiliés à leur réseau, avec un ticket modérateur forfaitaire modeste (15-20 dollars par visite), et de 80 % après franchise pour les prestataires non affiliés. De même, pour les produits pharmaceutiques soumis à prescription, les taux de remboursement sont généralement de 80 %, voire 90 % dans un petit nombre de régimes<sup>55</sup>. Des précisions sont données à ce sujet dans le document qui complète le présent examen.

### 4. Prise en charge en milieu hospitalier

102. **Concernant la prise en charge en milieu hospitalier (chambre et repas), les régimes couvrent pour la plupart 100 % des frais pour une chambre semi-privée ou un**

<sup>54</sup> Dans le cadre du Sondage mondial du personnel, 13 % des sondés (2 580 personnes) ont déclaré avoir soumis une demande de remboursement exceptionnel au cours des quatre dernières années et 56 % d'entre eux ont indiqué qu'elle avait été acceptée.

<sup>55</sup> Les produits pharmaceutiques pris en charge varient légèrement selon les régimes, mais la plupart de ces derniers ne remboursent ni les vitamines ni les minéraux, même s'ils sont prescrits. Sur cet aspect de la couverture de l'assurance maladie, les régimes ne diffèrent guère.

**lit en salle commune.** Dans certains lieux d'affectation, en particulier en Europe et en Amérique du Nord, un plafond de remboursement peut être fixé à titre de mesure prise à des fins de maîtrise des dépenses, ce qui est considéré comme une bonne pratique. Un taux de remboursement moins élevé – 80 % au lieu de 100 % par exemple – est prévu pour une chambre privée, ce qui constitue une autre bonne pratique favorisant la maîtrise des dépenses. Le régime d'ONU Tourisme est le seul à couvrir l'intégralité des frais de tous les types de chambres des hôpitaux affiliés à son réseau en Espagne. On trouvera plus de précisions sur ce point dans le document qui complète le présent examen.

## 5. Kinésithérapie

103. **En matière de kinésithérapie générale, le niveau des prestations varie beaucoup selon les régimes d'assurance maladie,** y compris pour ce qui est des types de soins pris en charge. Si les différents types de kinésithérapie, tels que la physiothérapie, l'ergothérapie et l'ostéopathie sont couverts par la plupart d'entre eux à hauteur de 80 % des frais, les plafonds annuels de remboursement varient considérablement puisqu'ils vont de 600 dollars pour le Plan général d'assurance maladie de la FAO à 4 000 dollars pour le régime propre à l'OIT. Plusieurs régimes limitent le montant remboursé par séance ou le nombre de séances, voire les deux, mais sans fixer de plafond annuel. D'autres, comme celui de l'AIEA, couvrent également les thérapies alternatives, telles que la thérapie par ondes de choc, tandis que le régime de l'OMPI rembourse les séances de kinésithérapie et de shiatsu (à 90 %), ce qui n'est pas le cas de la plupart des autres régimes. Le document qui complète le présent examen contient des données comparatives détaillées en la matière.

## 6. Soins préventifs pour adultes

104. **Quatre régimes ne prévoient pas de dispositions spécifiques pour les examens médicaux de routine et, parmi ceux qui le font, le niveau de prise en charge est très variable**<sup>56</sup>. S'agissant des examens médicaux de routine, les régimes de l'OMI<sup>57</sup>, de l'OMPI, du PAM (Plan général d'assurance maladie) et de l'UNESCO ne prévoient pas de prise en charge du tout, ne le prévoient pas pour leur personnel, ou n'en font pas expressément mention dans les informations relatives aux prestations. Les régimes qui couvrent ces examens les assortissent de plafonds de remboursement variables allant de 300 dollars tous les deux ans (Plan général d'assurance maladie de la FAO) à 1 050 dollars par an (régime mondial d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU), ou ne fixent aucun plafond spécifique (régime de couverture médicale hors siège de la FAO, Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel de l'Office des Nations Unies à Genève et régimes Aetna et Empire Blue Cross du Secrétariat de l'ONU, par exemple).

105. **Presque tous les régimes d'assurance maladie couvrent les dépistages réguliers du cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate à hauteur de 80 % à 100 % des frais,** prise en charge qui vient parfois même s'ajouter à celle – plafonnée – qui est prévue pour les examens médicaux de routine. Onze régimes proposent une couverture spécifique des frais de coloscopie, lorsque cet examen est effectué de manière régulière aux fins de dépistage du cancer colorectal. On trouvera de plus amples précisions à ce sujet dans le document qui complète le présent examen.

106. **La médecine préventive fait partie du droit à la santé et contribue à la maîtrise des dépenses.** L'Inspecteur est d'avis que les services de santé dispensés dans le but de prévenir les maladies, handicaps ou autres problèmes de santé, ou de les détecter à un stade précoce, ne sont pas seulement souhaitables d'un point de vue médical, mais font aussi partie intégrante du droit à la santé au sens large et constituent un moyen de limiter les dépenses à

<sup>56</sup> Le régime dentaire Cigna du Secrétariat de l'ONU n'est pas concerné à cet égard.

<sup>57</sup> L'OMI prend directement en charge les examens médicaux de routine auxquels se soumettent chaque année les membres du personnel âgés de plus de 50 ans et tous les deux ans ceux qui ont plus de 40 ans, sans passer par le régime d'assurance maladie. Les personnes à charge qui ont plus de 40 ans, comme les retraités et leur conjoint, ont droit au remboursement intégral, à concurrence de 580 dollars, d'un examen médical de routine toutes les deux années calendaires.

long terme<sup>58</sup>. Comme l'a indiqué le Secrétaire général des Nations Unies dans son quatrième rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service<sup>59</sup>, « [ces améliorations] sont justifiées par le fait que les soins de santé préventifs sont plus efficaces, au regard des coûts engagés, que les soins curatifs. Grâce à un dépistage précoce des infections chroniques ou graves, les participants peuvent prendre des mesures pour mieux gérer leur état de santé. Une prise en charge précoce de ces affections peut aussi se traduire par une baisse du taux d'absentéisme et par une augmentation de la productivité des fonctionnaires actifs, bien que cela ne se reflète pas immédiatement au niveau des coûts des programmes d'assurance ». **L'Inspecteur suggère que les régimes d'assurance maladie financés par les Nations Unies couvrent les soins préventifs, y compris les examens médicaux de routine.**

## 7. Soins optiques et dentaires

107. **La prise en charge des appareils optiques et des soins dentaires diffère considérablement selon les régimes d'assurance.** Les plafonds annuels de remboursement des soins dentaires varient considérablement – de 500 dollars pour les régimes de couverture médicale de la FAO et du PAM, conçus spécialement pour le personnel hors siège recruté localement, à 4 469 dollars pour la Caisse maladie de l'UPU (mais avec un taux de remboursement de 75 %). S'agissant des soins oculaires, le régime d'assurance médicale collective de l'OMI<sup>60</sup> est le seul à ne pas couvrir les examens ophtalmologiques permettant de calculer la dioptrie, tous les autres prenant en charge 80 % des frais y afférents. Le plafond annuel de remboursement des appareils optiques va de 102 dollars à l'OMI à 1 117 dollars pour l'Assurance maladie de groupe de l'OMPI. On trouvera dans le document qui complète le présent examen une analyse comparative de la couverture des soins dentaires et optiques proposée par les régimes d'assurance maladie concernés. Plusieurs régimes offrent la possibilité de reporter sur l'année suivante les sommes non dépensées, notamment ceux de l'Office des Nations Unies à Genève, de l'Office des Nations Unies à Vienne, de l'OIT, de l'OMS, d'ONU Tourisme et de l'UPU, ce qui s'apparente à une remise de prime (si les dépenses sont effectivement engagées l'année suivante), dans la mesure où la couverture concerne un risque qui aurait pu éventuellement se matérialiser au cours de l'année pour laquelle les cotisations correspondantes ont été versées. **Selon l'Inspecteur, cette pratique devrait être remplacée par une couverture annuelle suffisante pour répondre aux besoins médicaux réels lorsqu'ils se présentent, ce qui permettrait de maintenir la corrélation temporelle entre les cotisations et la couverture des risques, et d'éviter que les bénéficiaires ne soient contraints de reporter l'achat des dispositifs nécessaires jusqu'à ce qu'ils puissent faire usage de la totalité du forfait prévu par le contrat.**

108. **La mise en place de plafonds de remboursement ne devrait pas empêcher les assurés d'obtenir ce qui est médicalement raisonnable et nécessaire.** Les différents plafonds de remboursement prévus par certains régimes d'assurance maladie pour les soins optiques et dentaires prennent en considération le coût élevé de la vie dans les lieux d'affectation où résident la plupart des assurés (comme Genève, New York, Paris et Rome). Toutefois, au sein d'un même lieu d'affectation, le niveau de couverture peut varier considérablement entre les régimes, ce qui peut entraîner des écarts non négligeables en termes de montants à charge des assurés. Les plafonds relatifs aux soins optiques et dentaires sont, comme pour d'autres prestations de sécurité sociale, justifiés par la nécessité de maintenir les dépenses dans des limites raisonnables et supportables. Cela ne doit toutefois pas empêcher les assurés d'obtenir les soins et traitements dont ils ont besoin pour se soigner et éviter que leur état de santé ne se dégrade, compte tenu du moins de la situation qui prévaut dans le lieu ou pays de résidence. **L'Inspecteur recommande, à titre de mesure prioritaire,**

<sup>58</sup> Selon l'OMS, chaque dollar investi dans des mesures de prévention de maladies non transmissibles, telles que les cardiopathies, le diabète, le cancer et les affections respiratoires, pourrait rapporter jusqu'à 7 dollars grâce à la réduction des dépenses de santé ainsi générée et à l'amélioration de la productivité (« Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases » (Genève, 2021)).

<sup>59</sup> A/68/353.

<sup>60</sup> Catégories 3 et 5.

**de réduire ou d'éliminer progressivement les disparités de plafonds mis en place au sein d'un même lieu d'affectation, grâce à la coordination et à l'harmonisation des contrats.**

## 8. Soins de santé mentale

109. **Les soins de santé mentale sont un autre domaine qui présente de grandes disparités entre les régimes en termes de couverture.** Comme pour d'autres éléments passés en revue, le niveau de prise en charge de ce volet important de l'assurance maladie varie considérablement d'un régime à l'autre<sup>61</sup>. Le plus souvent, les dépenses y afférentes sont remboursées à hauteur de 80 % ; font ici exception l'UNESCO, qui les prend en charge à 75 %, l'OMPI, ONU Tourisme et l'UPU, qui pratiquent un taux de 90 %, et les régimes Aetna et Empire Blue Cross du Secrétariat de l'ONU, qui remboursent l'intégralité du coût des services dispensés par les prestataires affiliés à leur réseau (avec un modeste restant dû à charge de l'assuré). Les régimes d'assurance maladie prévoient en outre, dans la plupart des cas, des clauses limitant le remboursement à un certain montant, plafonnant le remboursement des séances de soutien psychosocial et/ou définissant un nombre maximum de séances par an. En ce qui concerne les séances de psychothérapie et les traitements psychiatriques ambulatoires, les régimes proposés par l'AIEA, l'Office des Nations Unies à Vienne/ONU DC, le Secrétariat de l'ONU (Aetna), l'ONUDI et ONU Tourisme ne fixent aucun plafond de remboursement pour les fonctionnaires et les retraités, et de surcroît ne prévoient pas de limites financières globales. Cela signifie que les personnes affiliées à ces régimes bénéficient de la couverture la plus élevée qui soit (qui plus est, illimitée) pour les services de psychiatrie et de psychothérapie. Les deux régimes mis en place par la FAO et le PAM pour leur personnel recruté localement hors siège sont ceux qui présentent la couverture financière la plus faible, puisque les remboursements des séances de psychothérapie et des traitements psychiatriques ambulatoires sont plafonnés à 800 dollars par an. Une analyse comparative de la couverture des soins liés à la santé mentale proposée par divers régimes d'assurance maladie figure dans le document qui complète le présent examen. L'Inspecteur se félicite de l'adoption de la Stratégie pour la santé mentale et le bien-être dans le système des Nations Unies pour 2024 et au-delà, élaborée par le Comité de haut niveau sur la gestion, qui invite les organisations du système des Nations Unies à revoir leur couverture d'assurance maladie pour ce qui est des soins de santé mentale.

110. **Les administrateurs de plusieurs régimes d'assurance maladie ont adapté leur couverture dans le domaine de la santé mentale à la suite de la pandémie de coronavirus (COVID-19).** Plusieurs d'entre eux ont fait état, lors des entretiens, de l'offre de nouveaux services ou d'une amélioration de la couverture afin d'aider les assurés touchés par la pandémie. Cela s'est notamment traduit par la mise sur pied de services de télésanté encadrés par des thérapeutes et des professionnels de santé mentale (OMI, PNUD et UNICEF), par un relèvement du nombre de séances de psychothérapie remboursables sans prescription (porté à 24), par un élargissement de la définition des spécialistes de santé mentale en fonction du contexte local et par la suppression du plafond de remboursement pour les traitements des troubles liés à la toxicomanie (OMS).

## 9. Médecine de la procréation, planification familiale et traitements de l'infertilité

111. **Les 25 régimes d'assurance maladie offrent une protection similaire pour les dépenses liées à la maternité,** le plus souvent à raison d'une prise en charge à 80 %, mais la couverture en matière de planification familiale est inégale et gagnerait à être davantage harmonisée. S'agissant des méthodes de planification familiale et des dispositifs contraceptifs, la couverture varie : certains régimes n'octroient aucun remboursement (c'est le cas de la FAO<sup>62</sup>, de l'ONUDI<sup>63</sup>, d'ONU Tourisme, de l'UNESCO et de l'UNOPS<sup>64</sup>) tandis

<sup>61</sup> Pour plus de détails sur ces politiques et pratiques dans les organisations ayant approuvé le statut du CCI, voir le rapport du CCI intitulé « Examen des politiques et pratiques des entités des Nations Unies en matière de santé mentale et de bien-être » (JIU/REP/2023/4).

<sup>62</sup> Régime de couverture médicale du personnel hors siège recruté sur le plan national.

<sup>63</sup> Régime des agents des services généraux hors siège pour le personnel recruté localement.

<sup>64</sup> Régime d'assurance médicale des fonctionnaires hors siège recrutés localement.

que d'autres offrent une prise en charge allant jusqu'à 80 %, voire 100 %, des frais liés aux interruptions de grossesse, stérilisations et dispositifs contraceptifs.

112. **Les traitements de l'infertilité ne sont pris en charge que par 17 régimes.** Pour les traitements de l'infertilité médicalement nécessaires, réputés très coûteux, 17 régimes proposent une couverture variable, tandis que 8 n'en prévoient aucune. Plusieurs régimes fixent un âge limite, qui oscille entre 40 et 46 ans, au-delà duquel les femmes ne peuvent plus bénéficier d'une telle couverture. Certains définissent un nombre maximal de tentatives prises en charge et plafonnent les remboursements qui peuvent être obtenus au cours d'une vie, tandis que d'autres limitent la couverture en fonction de la concrétisation de la grossesse. Il est à noter que les traitements de l'infertilité sont accessibles aux femmes remplissant les critères d'admission, indépendamment de leur statut matrimonial, y compris celles ayant contracté un mariage entre personnes de même sexe, ce dont il convient de se féliciter. La gestation pour autrui n'est couverte par aucun des régimes. De plus amples précisions concernant la couverture des traitements contre l'infertilité offerte par les différents régimes figurent dans le document qui complète le présent examen.

## 10. Soins de puériculture

113. **La plupart des régimes prennent en charge les examens de routine ou soins préventifs destinés aux enfants** – également désignés sous le vocable « soins de puériculture » –, et ce, depuis la naissance jusqu'à un certain âge. Le régime propre à l'OMI est le seul à ne pas couvrir ce type de soins, vaccinations comprises, étant donné que les services liés au bien-être, aux soins et à la vaccination des enfants sont dispensés par le National Health Service britannique. Plusieurs régimes ne font pas spécifiquement référence aux soins de puériculture, mais proposent une couverture des soins préventifs qui peut inclure les dépenses y relatives. Pour les régimes qui prévoient expressément une telle prise en charge, le nombre d'examens de routine autorisés varie en fonction de l'âge de l'enfant. On trouvera plus de précisions à ce sujet dans le document qui complète le présent examen.

## 11. Soins de longue durée

114. **Les soins de longue durée ne sont généralement pas couverts par l'assurance maladie et un effort reste à faire pour combler ce besoin.** L'objectif principal de l'assurance en matière de soins de longue durée n'est pas de prévenir ou de guérir les maladies, mais d'aider les assurés à faire face aux besoins quotidiens auxquels ils ne peuvent faire face par eux-mêmes en raison de problèmes de santé, de blessures, d'un accident ou de leur âge. Les soins de longue durée renvoient donc essentiellement aux services d'assistance non médicaux mis en place pour faciliter les gestes de la vie quotidienne, à domicile ou dans les établissements de soins de santé, tels que les maisons de retraite et résidences médicalisées. Si les soins de longue durée sont souvent associés aux soins gériatriques, ils peuvent toutefois concerner aussi des jeunes atteints de troubles physiques ou mentaux chroniques ou étalés dans le temps. Les soins de longue durée sont en règle générale couverts par une police d'assurance distincte et ne font pas partie de la formule d'assurance maladie. Sur les 25 régimes d'assurance maladie passés en revue, seuls 8 prévoient une certaine prise en charge des soins de longue durée. Le document qui complète le présent examen revient plus en détail sur ce point.

115. **La prise en charge des soins de longue durée par le système de sécurité sociale des Nations Unies fait depuis longtemps l'objet de discussions, sans qu'il ait été possible de trouver une solution en raison de contraintes budgétaires.** En 1994, l'ONUDI, la Fédération des associations d'anciens fonctionnaires internationaux et l'Association des anciens fonctionnaires internationaux (New York) ont saisi le Comité consultatif pour les questions administratives d'une proposition visant à inscrire dans le régime commun une assurance collective facultative qui couvrirait dans le monde entier les soins de longue durée ; la question n'a toujours pas été tranchée. L'argument invoqué pour justifier l'offre d'une telle assurance, en particulier pour le personnel recruté sur le plan international, est celui de la mobilité des fonctionnaires, qui fait que nombre d'entre eux ne remplissent pas les conditions requises pour s'affilier aux régimes de protection sociale de leur pays d'origine et qui pourrait aussi les priver de la possibilité de faire bénéficier leurs proches de la protection sociale. Plusieurs options ont été étudiées, notamment par un groupe de travail sur les soins de longue

durée mis en place sous la houlette du « Réseau ressources humaines » et du « Réseau Finances et budget ». Cependant, comme pour les régimes d'assurance maladie, il n'y a pas eu d'efforts concertés en ce sens.

**116. La protection offerte par l'ONUDI dans ce domaine constitue un bon exemple à suivre.** L'Assurance médicale collective du siège de l'ONUDI ne couvre pas les soins de longue durée, mais l'organisation a mis sur pied à l'intention de ses fonctionnaires un contrat d'assurance spécifique auquel ceux qui ont souscrit au régime d'assurance maladie sont automatiquement affiliés (avec une possibilité de retrait). La prime (65,7 dollars par an et par personne) est cofinancée par l'ONUDI (25 %) et le Conseil du personnel de l'organisation (25 %). Ce contrat donne principalement droit au versement d'une somme forfaitaire de 986 dollars par mois à ceux dont l'état de dépendance a été reconnu par la compagnie d'assurance comme étant d'origine médicale. **Si l'Inspecteur déconseille, en raison de leur nature différente, d'incorporer les soins de longue durée dans les contrats ou régimes d'assurance maladie, il suggère que les entités des Nations Unies consultent les représentants des fonctionnaires en activité et des retraités afin de mettre en place un régime d'assurance distinct couvrant ces types de risques et de soins de manière coordonnée et pour un coût abordable.**

## F. Protection des données médicales et données relatives à la santé des membres du personnel

**117. Aucun des régimes d'assurance maladie n'exige des fonctionnaires en activité qu'ils fournissent, pour pouvoir s'y affilier, des informations concernant leur état de santé et leur situation médicale,** y compris lorsqu'ils souscrivent, à leur départ à la retraite, au régime d'assurance maladie après la cessation de service. Cela étant, le traitement et la protection des données reçues dans le cadre des demandes de remboursement sont essentiellement fonction du type d'administration de ces dernières ainsi que de la politique de l'entité participante en matière de protection des données personnelles.

**118. Les régimes d'assurance maladie administrés en externe respectent un cadre juridique très précis en matière de protection des données.** Dans les 22 régimes d'assurance maladie administrés par un tiers ou par une compagnie d'assurance privée (voir tableau 2), des dispositions relatives à la protection des données personnelles de leurs assurés ont été mises en place, y compris pour les données médicales et celles relatives à la santé, dans le cadre d'un contrat ou accord de prestation de services. En outre, tous les tiers administrateurs et les assureurs privés auxquels font appel les régimes d'assurance maladie ont leur siège soit aux États-Unis soit en Europe, ce qui les oblige à se conformer à la loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) pour les premiers, ou au Règlement général sur la protection des données pour les seconds. Les entretiens réalisés avec les entités participantes et les représentants des associations de fonctionnaires et de retraités ont fait état de quelques cas isolés de divulgation de données à caractère personnel par des tiers administrateurs ou des assureurs privés, auxquels il avait cependant été ensuite remédié.

**119. Le degré de maturité des politiques relatives à la protection des données varie fortement selon les entités participantes.** Le niveau de protection des données médicales et des données relatives à la santé des assurés dépend en grande partie de la politique et de la réglementation dont est dotée chaque entité à cet égard. Bien que l'examen approfondi de ces politiques dépasse le cadre du présent rapport, les entretiens ont montré que leur degré de maturité était très différent d'une entité participante à l'autre. Le traitement des demandes de remboursement présentées dans le cadre de ces 22 régimes d'assurance maladie était en grande majorité externalisé, mais il est arrivé que, dans certains dossiers, les données médicales d'un assuré aient été divulguées aux entités, notamment en cas d'application d'une mesure d'intervention face à des conditions de vie difficiles, dans le cadre d'un litige lié à une demande de remboursement ou au cours d'une enquête sur une fraude potentielle à l'assurance maladie. L'Inspecteur a appris qu'en pareil cas, les dossiers étaient examinés sans que soit dévoilée l'identité de l'assuré, mais on ignore si cette pratique est régie par des politiques appropriées en matière de protection des données personnelles.

120. **La centralisation de l'administration des demandes de remboursement offre de meilleures garanties contre les risques liés à la protection des données.** Dans les quatre régimes auto-assurés et auto-administrés du HCR, de l'Office des Nations Unies à Genève, de l'OIT et de l'OMS, le traitement des données médicales et des données relatives à la santé des assurés obéit aux règles internes de ces entités. Les régimes propres à l'Office des Nations Unies à Genève, à l'OIT et à l'OMS ont chargé une unité centralisée située au siège de ces organisations d'administrer les demandes de remboursement, ce qui confère structurellement aux données médicales des assurés un niveau de protection supplémentaire. À l'OIT, le traitement des données personnelles relatives au régime d'assurance maladie est régi par une directive<sup>65</sup> aux termes de laquelle l'état de santé d'un individu est considéré comme une « donnée personnelle sensible » qui ne peut être communiquée à des tiers sans le consentement explicite, formulé par écrit, de la personne concernée. La politique en matière de protection des données de l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève dispose que les données personnelles des assurés ne seront pas communiquées à des tiers, mais prévoit également une série d'exceptions, qui ne sont pas clairement définies, pour lesquelles le consentement préalable des assurés n'est pas requis. À l'OMS, les données personnelles, en ce compris les dossiers médicaux, sont régies par la Politique de divulgation de l'information de cette organisation et considérées comme des « informations confidentielles ». La divulgation d'informations entrant dans cette catégorie vise à préserver des intérêts légitimes de caractère public ou privé (y compris les données concernant la sphère privée). Les règles régissant l'assurance maladie ne précisent toutefois pas clairement comment doivent être traitées les données médicales apparaissant dans des demandes de remboursement et des litiges.

121. **Le fait que les données relatives à la santé de membres du personnel soient traitées directement par les services locaux en charge des ressources humaines comporte des risques.** Le régime d'assurance maladie du HCR est le seul où les demandes de remboursement sont en majorité examinées et approuvées au niveau des bureaux de pays et des bureaux régionaux. La procédure suivie en l'espèce nécessite la présentation d'un justificatif de paiement détaillant les coûts des services ou du traitement dispensés ou d'une ordonnance contenant des précisions sur le diagnostic. Le traitement des demandes de remboursement est confié au personnel des bureaux régionaux ou de pays chargé des ressources humaines. Bien que ces fonctionnaires soient tenus de signer une clause de confidentialité, il n'en demeure pas moins très préoccupant que les demandes soient gérées directement par un service de ressources humaines local, puis approuvées par le chef de bureau, compte tenu en particulier du risque d'utilisation abusive des données médicales et des données relatives à la santé des membres du personnel. **L'Inspecteur recommande de maintenir une séparation claire des tâches entre les services en charge des ressources humaines et les équipes qui s'occupent de la gestion des demandes de remboursement et des réclamations relatives à l'assurance maladie, afin de veiller à ce que les données personnelles touchant à la santé et à l'assurance maladie bénéficient d'une protection maximale.**

122. **Le fait d'intégrer les remboursements effectués au titre de l'assurance maladie dans les états de paie des fonctionnaires ne renforce pas la protection des données mais augmente le risque de divulgation de ces informations.** Quelle que soit l'entité qui traite les demandes, les deux régimes d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU et du HCR intègrent dans les états de paie les remboursements des dépenses engagées dans le cadre de l'assurance maladie, d'où le risque que des informations confidentielles étroitement liées à l'état de santé des intéressés soient divulguées à des organismes extérieurs, notamment lorsqu'il leur faut justifier de leur rémunération auprès d'un tiers ou à l'occasion de transactions dans lesquelles entrent des prêts ou garanties bancaires.

123. La recommandation qui suit devrait permettre de renforcer les politiques en matière de protection des données et d'en améliorer le contrôle et le respect.

<sup>65</sup> Directive du Bureau du BIT, IGDS n° 457 (version 1), « Protection des données personnelles ».

**Recommandation 5**

**D'ici à la fin de 2026, les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient veiller à ce que toutes les données relatives à l'assurance maladie des bénéficiaires, y compris les rapports médicaux, les prescriptions, les tests et les montants remboursés, soient protégées au plus haut niveau et à ce que la divulgation, la transmission, le traitement et le stockage de données personnelles relatives à l'assurance maladie soient soumis au consentement écrit des intéressés et que toute éventuelle exception soit indiquée expressément et sans équivoque dans les contrats concernés.**

124. **Admettre la réalité sans pour autant renoncer à apporter des améliorations.** Les disparités des régimes d'assurance maladie en termes de couverture résultent principalement de leur évolution et de la vigueur relative des négociations engagées avec les représentants du personnel. Il s'agit là d'un facteur qu'il convient de prendre en considération pour déterminer s'il est possible d'harmoniser davantage les politiques. Il paraît difficile de supprimer les disparités existantes car cela se traduirait soit par un accroissement des coûts des régimes offrant une couverture limitée, soit un recul inacceptable de la couverture offerte par les régimes proposant une meilleure protection. C'est là au demeurant ce qui explique qu'aucun cadre de référence n'ait été jusqu'ici défini sur cette question.

125. Toutes les modifications majeures qui seront apportées à l'avenir à l'assurance maladie devront être coordonnées entre les différentes entités, en veillant toujours à ce que cela se fasse en étroite concertation avec les bénéficiaires. Tendre à une plus grande harmonisation, à la fois en revoyant sur des points concrets et spécifiques certains aspects des régimes d'assurance maladie (comme le suggère le présent rapport) et en réduisant leurs disparités, doit rester l'objectif ultime. Ces deux stratégies devront reposer sur la transparence et la mise à disposition d'informations détaillées afin de permettre aux titulaires des contrats d'assurance d'évaluer à tout moment leur situation par rapport aux autres entités du système, afin de déterminer s'il y a lieu ou non de procéder à des changements. Sur la base de ces informations, il devrait être possible de s'inscrire dans une perspective de convergence à long terme qui, selon l'Inspecteur, impliquerait de coordonner les réformes de la manière la plus étroite qui soit entre toutes les entités, du moins au niveau des lieux d'affectation où sont administrés les contrats d'assurance maladie (c'est-à-dire Genève, New York, Rome et Vienne).

### III. Efficacité et efficacité des régimes d'assurance maladie

126. Le présent chapitre est divisé en trois parties : la section A porte principalement sur le suivi des objectifs des régimes d'assurance maladie et rend compte de la performance de ces dispositifs, la section B est consacrée à leurs résultats financiers, et la section C traite de la prévention de la fraude, de la maîtrise des dépenses et de la passation de marchés avec des tiers administrateurs et des prestataires d'assurance maladie.

#### A. Suivi des objectifs et des résultats des régimes d'assurance maladie, et rapports y relatifs

127. **Aucun mécanisme de suivi n'a été prévu pour mesurer la réalisation des objectifs politiques de haut niveau.** Ainsi qu'il a déjà été indiqué, toutes les entités participantes s'engagent et s'obligent, dans leurs statuts et règlements, à mettre en place et à gérer un régime de sécurité sociale pour les membres de leur personnel et les retraités. Toutefois, ces textes sont le plus souvent rédigés en des termes très généraux, ce qui ne permet pas de comprendre précisément l'étendue des engagements et rend le contrôle de leur respect malaisé. On trouvera dans le tableau 12 quelques exemples d'énoncés en la matière.

Tableau 12

#### Objectifs institutionnels de haut niveau relatifs à l'assurance maladie des membres du personnel et des retraités

<i>Entité participante</i>	<i>Objectif de haut niveau</i>
FAO	Proposer une couverture d'assurance maladie efficace et de qualité à l'ensemble du personnel de la FAO dans le monde, s'acquitter de son devoir de protection à l'égard du personnel, tout en préservant [sa] viabilité financière.
HCR	Le régime d'assurance médicale fait partie du régime de sécurité sociale du personnel, établi par le Secrétaire général conformément à l'article 6.2 du Statut du personnel. Ce régime met en place une protection contre le coût élevé des soins de santé, notamment les soins préventifs, la prise en charge de maladies chroniques, les soins liés à la maternité ou à des catastrophes entraînant des affections ou blessures graves. Le régime n'est toutefois pas destiné à couvrir tous les types de frais médicaux ou dentaires, ni à couvrir ces frais dans leur intégralité.
OIT	La Caisse ... a pour but d'assurer, dans la mesure prescrite par les présents Statuts et leur Règlement administratif, le remboursement des frais que les personnes qu'elle protège pourraient encourir pour la sauvegarde de leur santé, et notamment pour des soins médicaux en cas de maladie, d'accident et de maternité, ainsi que pour des soins préventifs personnels.
OMS	La mission de l'assurance maladie du personnel est de donner accès à des services de santé et médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, et d'offrir une protection contre les risques financiers à un coût abordable, tout en veillant à traiter les assurés avec efficacité, dignité et intégrité.
PAM	Fournir aux fonctionnaires du PAM, aux retraités et aux personnes à leur charge dans le monde entier un accès durable et d'un bon rapport coût-efficacité à des soins de santé de qualité et à une protection financière grâce à des services d'assurance abordables, afin de réduire les risques sanitaires et de promouvoir une culture de la santé au sein de l'institution, ainsi qu'un lieu de travail favorable et stimulant.
Secrétariat de l'ONU	Le/la Secrétaire général(e) établit pour le personnel un système de sécurité sociale ... [afin] d'offrir la couverture d'assurance maladie la plus complète possible aux membres du personnel, aux retraités et aux personnes à leur charge ... [de façon à] veiller à ce que tous les participants (membres du personnel, retraités et personnes à leur charge) inscrits aux régimes d'assurance maladie administrés par le Comité des

<i>Entité participante</i>	<i>Objectif de haut niveau</i>
	assurances maladie et de l'assurance vie aient accès à des prestations et à des produits qui les protègent en cas de maladie et de décès.
UNOPS	L'objectif du régime d'assurance maladie est d'aider les assurés et les membres de leur famille remplissant les conditions requises à faire face aux dépenses engagées pour certains services, équipements et fournitures de santé résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité, dépenses qui doivent être remboursées dans les limites fixées par le règlement du régime d'assurance maladie de l'UNOPS.
UPU	Veiller au bien-être des membres du personnel et des retraités en mettant à leur disposition, ainsi qu'à leur famille, des soins de santé de qualité.

*Source* : Compilation du CCI établie à partir des informations fournies par les entités participantes.

**128. Les résultats obtenus au regard des objectifs de haut niveau sont parfois évalués au moyen d'enquêtes de satisfaction.** L'Inspecteur a relevé quelques cas où la réalisation de ces objectifs généraux était suivie et mesurée. Le tableau 13 en donne deux exemples. Les initiatives menées en ce sens ne sont pas encore parfaites, mais représentent un effort louable. Le PAM est la seule organisation dont l'Inspecteur a pu établir qu'elle liait clairement l'assurance maladie à sa stratégie en matière de bien-être<sup>66</sup> et à sa politique du personnel, ce qui constitue une bonne pratique supplémentaire<sup>67</sup>.

Tableau 13

**Exemples d'indicateurs permettant de suivre la réalisation des objectifs de l'assurance maladie**

<i>Entité participante</i>	<i>Produit/activité</i>	<i>Indicateur de résultats</i>
PNUD – Stratégie en matière de santé, de sécurité et de bien-être au travail (2021-2023)	Élaborer, déployer et évaluer des programmes fondés sur des données probantes, des outils et des ressources au sein de l'institution et au niveau local afin d'aider les fonctionnaires et les personnes à leur charge à préserver leur sécurité, leur santé et leur bien-être, et veiller à ce qu'ils aient accès à ces services dès leur prise de fonction au PNUD et pendant toute la durée de leur travail au sein de l'organisation	Pourcentage de fonctionnaires connaissant les différentes prestations auxquelles ils ont droit, ainsi que les ressources et services de santé et de bien-être qui leur sont proposés au PNUD  Pourcentage de fonctionnaires ayant le sentiment que l'organisation prend des mesures adéquates pour protéger la santé et le bien-être  (mesuré au moyen d'une enquête annuelle menée auprès du personnel à l'échelle mondiale)
Stratégie du PAM en matière de bien-être (2020-2024)	Accès aux services : vaste réseau de prestataires du Plan d'assurance du PAM ; prise en compte du rapport coût-efficacité dans la conception et l'administration des régimes d'assurance maladie pour l'ensemble du personnel	Taux de satisfaction des fonctionnaires hors siège recrutés localement en ce qui concerne les prestations et services fournis au titre de l'assurance  (mesuré par une enquête de satisfaction annuelle)

*Source* : Compilation du CCI.

**129. Les données relatives aux demandes de remboursement pourraient être mises à profit pour suivre la réalisation des objectifs de haut niveau.** Précieuse source d'information sur l'état de santé et le bien-être du personnel, les données anonymisées concernant les demandes de remboursement sont néanmoins largement sous-exploitées.

<sup>66</sup> Voir [https://executiveboard.wfp.org/document\\_download/WFP-0000127406](https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127406).

<sup>67</sup> Voir [https://executiveboard.wfp.org/document\\_download/WFP-0000127449](https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127449).

L'assurance maladie du personnel est en grande partie perçue comme un avantage *sui generis* dont bénéficient les fonctionnaires et n'est presque jamais corrélée à la stratégie de l'organisation en matière de santé et de bien-être du personnel. C'est là ce qui explique qu'il n'ait pas été possible, lors de l'examen, de trouver de bons exemples d'utilisation de données de ce type pour l'élaboration des politiques relatives à la santé et au bien-être du personnel ou pour l'évaluation globale des régimes d'assurance maladie.

**130. Les régimes d'assurance maladie administrés en externe ne bénéficient d'aucun engagement ni suivi de la part de l'organisation dont ils relèvent.** Comme indiqué précédemment, les services d'assurance maladie sont le plus souvent externalisés, soit intégralement, soit uniquement pour ce qui concerne leur administration<sup>68</sup>. Cette situation a parfois pour effet d'affaiblir le sentiment d'appartenance institutionnelle et d'amener les organisations à se comporter, à des degrés divers, comme si leur responsabilité en matière d'assurance maladie était elle aussi externalisée. Ce problème a été mis en évidence lors des entretiens avec de nombreuses entités participantes : lorsqu'il leur a été demandé quel regard elles portaient sur la réalisation des objectifs de leur organisation en matière d'assurance maladie, les personnes interrogées ont simplement indiqué que l'absence de réclamations de la part des assurés était signe que la couverture offerte était efficace et correspondait à leurs besoins. Les parties prenantes hors siège ont également indiqué que la qualité des services fournis par les tiers administrateurs ne faisait pas toujours l'objet d'un suivi au niveau régional ou sous-régional. De l'avis de l'Inspecteur, il conviendrait de communiquer davantage avec les assurés et les bénéficiaires des régimes d'assurance maladie dans les différentes zones géographiques, de façon à mieux comprendre les difficultés auxquelles doivent faire face le personnel et l'administration concernant l'offre d'une couverture complète et de qualité, et afin aussi de démontrer que l'assurance maladie est un élément essentiel des politiques de l'organisation en matière de bien-être du personnel<sup>69</sup>. **Il est par conséquent suggéré que, quel que soit le type de régime d'assurance maladie (auto-administré ou externalisé), les entités s'emploient à suivre de plus près la performance dudit régime et en analyser les résultats de manière systématique et mesurable.**

**131. Les chartes de service aux assurés devraient être définies et publiées par les organisations elles-mêmes.** Les régimes d'assurance maladie sont pour la plupart assortis d'une charte ou d'un accord de service témoignant de leur engagement envers les assurés ; cet engagement étant principalement exprimé par le tiers administrateur ou l'assureur privé, et non par un instrument politique officiel, les intéressés ont le sentiment que cet aspect a été externalisé. **L'Inspecteur suggère que les chartes de service aux assurés soient établies et publiées par les organisations elles-mêmes, quelle que soit la façon dont les services d'assurance maladie sont fournis.**

**132. Les objectifs concernant les services proposés aux assurés par les quatre régimes auto-assurés et auto-administrés sont moins ambitieux que ceux des régimes externalisés.** Cela tient en partie au fait que les règles régissant ces régimes ont été fixées depuis fort longtemps, alors que les assureurs et les tiers administrateurs du secteur privé n'ont de cesse d'actualiser leurs objectifs de service pour leurs clients. Ainsi, l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève déclare que le service qu'elle rend aux assurés « a pour but de rembourser, dans les limites fixées par son règlement, les dépenses exposées par les sociétaires en cas de maladie, d'accident ou de

<sup>68</sup> Les régimes de certaines entités sont doublement externalisés, d'abord auprès d'une autre organisation du système des Nations Unies qui administre leur contrat d'assurance en leur nom, puis auprès d'un tiers administrateur mandaté pour gérer les remboursements, s'occuper du réseau de prestataires et autres activités connexes. C'est le cas du FNUAP, du PNUD, de l'UNICEF et de l'UNOPS, dont le personnel recruté sur le plan international est affilié aux régimes administrés par le Secrétariat de l'ONU, ainsi que du personnel de l'Office des Nations Unies à Vienne/ONUDC, dont le régime d'assurance maladie est administré par l'ONUDI.

<sup>69</sup> L'une des recommandations formulée dans le précédent rapport du CCI (JIU/REP/2007/2) consacré à la couverture médicale du personnel du système des Nations Unies disait précisément que « les organes délibérants des institutions des Nations Unies devraient reconnaître officiellement l'assurance maladie du personnel comme une composante à part entière du système commun », recommandation qui n'a pas encore été suivie d'effet.

maternité ». En comparaison, les objectifs de service aux assurés de la compagnie d'assurance maladie de l'AIEA (Cigna) consistent à garantir l'accès à des soins de qualité à un tarif préférentiel, à promouvoir le libre choix des prestataires de soins, à faciliter la prise en charge directe des frais médicaux et à traiter rapidement les demandes de remboursement y relatifs. **Tout en estimant qu'il s'agit là de bons exemples d'objectifs centrés sur les assurés, l'Inspecteur propose d'en suivre la mise en œuvre par des indicateurs de résultats pertinents.**

133. **Des indicateurs sont utilisés pour le suivi de la performance des régimes d'assurance maladie, mais leur qualité et leur portée varient.** Les régimes d'assurance maladie qui ont recours à un tiers administrateur ou à un assureur privé dressent habituellement une liste d'indicateurs de résultats avec leurs sous-traitants dans le cadre d'un accord de niveau de service<sup>70</sup>. Cette liste n'est pas normalisée, même si, dans certains cas, les accords en question ont été passés avec la même compagnie d'assurance. La coordination ou l'échange de données d'expérience et d'informations entre les administrateurs concernés sont à l'évidence peu développés<sup>71</sup>. Souvent, ces derniers ne disposent pas en interne des compétences nécessaires pour négocier des obligations concrètes et suivre de près les indicateurs convenus permettant de tenir les sous-traitants chargés de l'assurance maladie pleinement responsables de la qualité de leurs services ; certains y sont néanmoins parvenus et sont allés jusqu'à infliger des pénalités aux prestataires qui n'atteignaient pas les objectifs fixés. On trouvera à l'annexe II une compilation des principaux indicateurs de résultats figurant dans les accords de niveau de service conclus par les entités participantes avec des tiers administrateurs. **De l'avis de l'Inspecteur, ces indicateurs constituent une bonne pratique qui devrait être reproduite et éventuellement harmonisée dans tous les régimes, quel que soit leur type, et faire partie, le cas échéant, des chartes de service aux assurés.**

134. **Les résultats des régimes d'assurance maladie doivent être plus transparents pour les bénéficiaires.** Les rapports régulièrement consacrés à l'assurance maladie portent principalement sur les résultats opérationnels desdits régimes, tels que le nombre des demandes de remboursement, la valeur qu'elles représentent et la durée moyenne que requiert leur traitement. Ces rapports ont été principalement établis par les organisations ou les compagnies qui administrent les régimes, et leurs principaux destinataires sont soit les chefs de secrétariat, soit les organes directeurs, ou les deux. Seules huit entités (la FAO, l'OACI, l'Office des Nations Unies à Genève, l'OIT, l'OMS, ONU Tourisme, le PAM et l'UNESCO) font l'effort louable d'établir un rapport à l'intention des assurés. **Étant donné que les coûts de l'assurance maladie sont cofinancés à la fois par les fonctionnaires en activité et par les retraités, et compte tenu de ce que l'assurance maladie est un élément essentiel de leurs droits à la sécurité sociale, il est impératif de remettre aux assurés des rapports périodiques, quelle que soit l'entité qui administre le régime.**

## B. Résultats financiers des régimes d'assurance maladie

### 1. Définitions et méthodes utilisées

135. **L'analyse des résultats financiers de l'assurance maladie du point de vue des régimes et de leurs bénéficiaires s'appuie sur quatre indicateurs.** La présente analyse repose sur le calcul de quatre indicateurs clefs qui, pris ensemble, reflètent les résultats financiers globaux des régimes d'assurance du point de vue de l'assureur et des assurés. Les deux premiers indicateurs sont le « ratio des dépenses aux cotisations » et le « ratio des dépenses totales aux cotisations », qui traduisent les résultats du point de vue de l'assureur, tandis que le « ratio de remboursement effectif » et le « ratio d'auto-couverture financière »

<sup>70</sup> Une synthèse des principaux indicateurs de résultats provenant d'accords de niveau de service en vigueur figure à l'annexe II.

<sup>71</sup> Une certaine collaboration a existé ; en témoigne notamment la procédure d'appel d'offres lancée conjointement par le PNUD, le Secrétariat de l'ONU et l'UNICEF en vue de trouver un tiers administrateur pour leurs régimes d'assurance maladie, procédure qui a permis d'établir une liste harmonisée d'indicateurs de résultats. Pour autant, il s'agit là d'une exception à la règle.

reflètent l'incidence financière d'un régime d'assurance maladie sur celles et ceux qui y sont affiliés<sup>72</sup>.

**136. Les ratios des dépenses aux cotisations permettent d'apprécier les résultats financiers du point de vue de l'assureur.** Le ratio des dépenses aux cotisations indique à l'assureur dans quelle mesure ces dernières suffisent à couvrir les dépenses ou, plus généralement, quelle devrait être à long terme la viabilité financière des régimes d'assurance. Il faut bien comprendre que ces ratios comparent les dépenses engagées<sup>73</sup> et les ressources ou recettes du régime en question<sup>74</sup>. Le ratio dépenses – cotisations exprime donc, s'il est inférieur à 100 %, l'excédent atteint durant la période considérée ou, s'il est supérieur à 100 %, l'excédent des dépenses au regard des recettes (déficit)<sup>75</sup>.

**137. Le ratio de remboursement effectif mesure la part des dépenses médicales réelles engagées par les bénéficiaires que l'assureur a effectivement remboursées.** Le ratio de remboursement effectif compare les remboursements auxquels il a été procédé et la valeur des factures correspondant aux remboursements sollicités ou aux dépenses engagées. Il mesure donc la part des dépenses médicales effectivement engagées par les bénéficiaires que l'assureur a effectivement remboursées durant la période considérée – en l'occurrence au cours de l'année 2022, dernière période pour laquelle des données ont pu être communiquées au CCI<sup>76</sup>.

**138. Le ratio d'auto-couverture financière exprime le coût réel de l'assurance supporté par les bénéficiaires.** Le calcul du ratio d'auto-couverture financière part du postulat que le total des dépenses de santé (« dépenses brutes ») de chaque assuré est constitué par la somme de ses cotisations au régime d'assurance et du coût des soins médicaux qui lui ont été prodigués au cours de l'année, c'est-à-dire les montants qu'il a acquittés pour régler les honoraires et factures correspondant auxdits soins ou ceux réglés en son nom par l'assureur dans le cadre de prises en charge directes (en général lors de consultations de prestataires affiliés à son réseau ou en cas d'hospitalisation). Les dépenses nettes sont ensuite calculées en soustrayant des dépenses brutes les remboursements obtenus par l'assuré. Les dépenses nettes représentent, en valeur absolue, le montant net des dépenses de santé de l'assuré durant la période en question. Le ratio d'auto-couverture financière indique donc la proportion que représentent les dépenses nettes par rapport aux besoins réels en matière de soins de santé (frais médicaux engagés). Par définition, lorsque ce taux excède

<sup>72</sup> Le ratio des dépenses aux cotisations calcule uniquement les « frais » que représentent les dépenses médicales ; le ratio des dépenses totales aux cotisations ajoute à ces frais (le numérateur de la fraction) non seulement les remboursements, mais aussi les coûts administratifs y afférents.

<sup>73</sup> Pour simplifier la collecte des données et les calculs, les dépenses comptabilisées ici correspondent aux seuls remboursements de frais médicaux (pour le ratio dépenses – cotisations) et aux remboursements des frais médicaux majorés des frais d'administration pour le ratio dépenses totales – cotisations.

<sup>74</sup> Aux fins de l'étude, les recettes d'un régime se composent des cotisations versées par les bénéficiaires et par l'organisation, que ces dernières soient en espèces ou en nature (services administratifs fournis par le régime sans que leur coût soit imputé sur les cotisations à verser par les assurés).

<sup>75</sup> Par conséquent, pour les régimes auto-assurés, un ratio des dépenses aux cotisations très bas signifie que les cotisations pourraient être réduites ou que l'on pourrait accroître les réserves. Pour les régimes externalisés, un tel ratio faible implique, *ceteris paribus*, que les cotisations sont trop élevées ou que certains obstacles entravent la bonne utilisation des services de soins de santé et qu'en principe, les conditions contractuelles devraient pouvoir être renégociées avec l'assureur ou que les contrats devraient pouvoir être mieux respectés.

<sup>76</sup> En l'absence de frais engagés mais non remboursés au cours des périodes précédentes, la valeur la plus élevée possible de ce taux est de 1 (100 %) pour les régimes qui ne prévoient pas de ticket modérateur ou d'assurance partagée. Sachant que la majorité des régimes en question ont recours à l'assurance partagée pour la plupart des services, ce qui signifie que les assurés doivent déboursier un certain pourcentage (généralement 20 %) des frais encourus pour chaque consultation ou traitement, il faut s'attendre à ce que le ratio de remboursement effectif soit égal ou inférieur à 80 % – ce qui correspond normalement au plafond de remboursement. Par conséquent, plus ces régimes affichent un ratio de remboursement effectif supérieur à 80 % sur une année donnée, plus les sommes dues (et entretemps réglées) par l'assureur au cours des périodes précédentes sont élevées et plus le délai moyen de remboursement est long. Pour les régimes qui prévoient un ticket modérateur ou une assurance partagée modestes, et pour lesquels les remboursements sont donc plus importants (généralement 90 % ou 100 %), le ratio de remboursement effectif ne poserait un problème de délai de traitement que si sa valeur était nettement supérieure à 100 %.

100 %, cela signifie que les bénéficiaires ont, financièrement parlant, payé plus qu'ils n'ont reçu ; le plus souvent, cela tient au fait que leurs cotisations ont dépassé leurs besoins médicaux. Inversement, plus ce taux est inférieur à 100 %, plus les subventions allouées aux assurés sont élevées.

Tableau 14

**Indicateurs clefs aux fins de l'évaluation des résultats financiers des régimes d'assurance maladie**

<i>Indicateur</i>	<i>Description</i>	<i>Formule</i>
Ratio dépenses – cotisations (pourcentage)	Ratio auquel les cotisations et autres subventions versées par l'organisation suffisent pour couvrir les frais médicaux	Total des frais médicaux x 100/ Recettes du régime
Ratio dépenses totales – cotisations (pourcentage)	Ratio auquel les cotisations et autres subventions versées par l'organisation suffisent pour couvrir les frais médicaux et les frais d'administration	(Total des frais médicaux + frais d'administration) x 100/Recettes du régime
Ratio de remboursement effectif (pourcentage)	Part des dépenses médicales effectivement supportée par l'assureur	Montant total des remboursements effectués x 100/Montant total des factures ou des frais médicaux engagés
Ratio d'auto-couverture financière (pourcentage)	Part du coût des soins de santé (y compris les primes d'assurance maladie) supportée par les bénéficiaires eux-mêmes	(Cotisations des bénéficiaires + coût des soins médicaux prodigués – remboursements perçus) x 100/Coût des soins médicaux prodigués = (Dépenses nettes) x 100/Dépenses médicales engagées

Source : Compilation du CCI.

139. **Remarques d'ordre méthodologique.** Dans l'interprétation des chiffres renseignés dans le tableau ci-après, il convient de garder à l'esprit que l'analyse qui a été réalisée a pour objectif premier de donner un petit nombre d'indicateurs de résultats susceptibles de livrer une description homogène des régimes d'assurance maladie afin de disposer de repères et de favoriser l'harmonisation des politiques en la matière. Aussi, compte tenu de la charge de travail que représente pour les entités participantes la collecte de séries chronologiques complètes et pluriannuelles de données sur la démographie et les résultats financiers de leurs régimes, l'équipe qui a procédé au présent examen a décidé de ne pas demander d'informations postérieures à 2022<sup>77</sup> ; il n'est donc pas exclu que l'analyse de ces mêmes données sur une période plus longue couvrant plusieurs années du cycle économique aboutirait à des résultats différents<sup>78</sup>. Une autre restriction d'ordre méthodologique à prendre en considération tient au fait que, pour la même raison, à savoir éviter une charge de travail excessive pour leur collecte, les données de remboursement requises sont établies à partir de la comptabilité de caisse, c'est-à-dire qu'elles englobent tous les décaissements effectués au cours de l'année, quelle que soit la date à laquelle les remboursements sont intervenus ; dans le même ordre d'idées, le montant des dépenses engagées correspond à la valeur des factures

<sup>77</sup> Une entité participante a fourni des données portant sur l'année 2021, car les données 2022 n'étaient pas disponibles au moment où les informations ont été demandées.

<sup>78</sup> Les personnes interrogées ont ainsi précisé que les données relatives à l'exercice 2022 avaient été clairement affectées par la pandémie de COVID-19, en ce qu'une grande partie des dépenses médicales qui auraient normalement été engagées en 2021 ont été reportées sur 2022 en raison des restrictions mises en place par la plupart des pays lors de la première année de la pandémie. Cela s'est directement répercuté sur les résultats individuels de tous les régimes, en particulier sur les ratios des dépenses aux cotisations. Dans la mesure cependant où ces effets pervers ont été répartis de manière égale sur l'ensemble des régimes, l'analyse comparative demeure une mesure (ponctuelle) de la santé et de la générosité relatives de chaque régime d'assurance.

reçues en 2022, même si les services auxquels elles se rapportent ont été fournis avant cette date<sup>79</sup>.

**140. Les frais d'administration doivent être considérés comme des recettes supplémentaires du régime d'assurance maladie lorsqu'il n'en est pas tenu compte dans le calcul des cotisations.** Pour les régimes d'assurance dans lesquels des services administratifs (tels que l'affiliation, le recouvrement des cotisations, la supervision et les contacts avec le tiers administrateur ou l'assureur externe) sont fournis par leur propre caisse ou par l'organisation qui les finance et dont la valeur n'est pas prise en compte dans le calcul des cotisations des bénéficiaires, une estimation de cette valeur a également été demandée et ajoutée en tant que revenu en nature. Le montant payé par l'organisation à un administrateur externe, dans l'hypothèse où ce coût n'aurait pas été inclus dans le calcul des cotisations des bénéficiaires, a également été intégré dans les recettes du régime aux fins de la présente analyse. Les recettes totales de chaque régime représentent donc la somme des cotisations en espèces versées par les deux parties et de la valeur estimée ou exacte des services administratifs non pris en compte dans les cotisations des assurés, que ces services aient été fournis en interne (comme c'est le cas pour l'OIT) ou par l'intermédiaire d'un administrateur externe (c'est le cas pour l'ONUDI). Dans un souci de simplification de la collecte des données, les revenus financiers et tous autres revenus dont pourraient concrètement disposer les régimes d'assurance maladie n'ont donc pas été pris en compte.

**141. Les données communiquées ont leurs limites, mais il serait possible d'y remédier en suivant de plus près la performance des régimes d'assurance maladie.** Sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour lesquels des données ont été fournies, 11 ont transmis des informations complètes<sup>80</sup> ; 11 autres ont par contre omis d'indiquer le coût des services administratifs internes chargés des questions relatives à la couverture médicale, d'où une sous-estimation du coût total et, partant, une sous-estimation du ratio des dépenses totales aux cotisations<sup>81</sup>. Pour cinq autres régimes, il manquait des informations essentielles, principalement le montant des dépenses totales ayant fait l'objet de demandes de remboursement<sup>82</sup>, signe d'un manque de contrôle de la part de l'administrateur externe ou de l'assureur. **L'Inspecteur suggère que les entités des Nations Unies restent en contact avec les tiers administrateurs ou les assureurs pour demander des informations régulières sur les résultats financiers de leurs régimes afin de pouvoir les évaluer et les utiliser pour proposer, le cas échéant, des modifications à apporter aux politiques et contrats.**

## 2. Résultats de l'analyse<sup>83</sup>

**142. Les fonctionnaires en activité et leurs familles représentent 83 % des assurés, les 7 % restants étant des retraités.** Au total, des informations ont été communiquées pour

<sup>79</sup> Dans une analyse de séries chronologiques, les différences résultant de ces décalages dans le temps tendent à se compenser, mais il n'en va pas de même lorsqu'une seule année est analysée (analyse transversale), comme c'est le cas dans la présente étude.

<sup>80</sup> Plan général d'assurance maladie/Régime de couverture médicale du personnel de la FAO, Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT, Régime d'assurance médicale collective de l'OMI, Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève, Régime d'assurance maladie du PNUD, Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO, Plan général d'assurance maladie et Régime de couverture médicale du personnel du PAM, Assurance maladie du personnel de l'OMS et Plan d'assurance maladie de groupe de l'OMPI.

<sup>81</sup> Plan d'assurance médicale primaire de l'AIEA, Plan de prestations médicales de l'OACI, Régimes Aetna, Cigna Dental et Empire Blue Cross du Secrétariat de l'ONU, Régime d'assurance maladie et Régime mondial d'assurance maladie des Nations Unies, Régime d'assurance maladie de l'UNICEF, Régime des agents des services généraux hors siège et Plan d'assurance médicale primaire de l'ONUDI, et Caisse maladie de l'UPU.

<sup>82</sup> Plan d'assurance médicale primaire de l'Office des Nations Unies à Vienne, Régime d'assurance maladie du HCR, Régime des agents des services généraux hors siège et Plan d'assurance médicale primaire de l'ONUDI et Régime d'assurance maladie de l'UNOPS.

<sup>83</sup> Pour les besoins de l'analyse présentée ci-dessous, des informations ont été demandées aux entités participantes concernant : le personnel couvert (effectifs assurés, en distinguant fonctionnaires en activité et retraités, et en incluant les membres de leur famille également couverts par l'assurance dans chacun de ces groupes) ; les recettes de chaque régime, en ce compris les cotisations reçues des fonctionnaires en activité, des retraités et des employeurs, avec, dans ce dernier cas, le détail des

26 régimes d'assurance maladie couvrant 447 869 personnes, dont 373 707 fonctionnaires en service et membres de leur famille et 74 162 retraités et membres de leur famille bénéficiant d'une protection au titre desdits régimes<sup>84</sup>. Les premiers représentaient 83 % de l'ensemble des assurés, les seconds les 17 % restants.

143. **En moyenne, les entités des Nations Unies ont acquitté des cotisations d'un montant de 17 % supérieur à celles demandées au personnel en activité et de 83 % supérieur à celles versées par les retraités.** En 2022, pour chaque assuré membre de la famille d'un fonctionnaire en activité, les membres du personnel ont versé en moyenne 1 349 dollars, tandis que les organisations ont acquitté 1 576 dollars (soit 17 % de plus), ce qui porte le montant total de la cotisation annuelle à 2 926 dollars par personne. Pour chaque assuré membre de la famille d'un fonctionnaire à la retraite, les retraités ont versé en moyenne 1 388 dollars, tandis que les organisations ont acquitté 2 540 dollars, soit 83 % de plus. Le montant total moyen de la cotisation annuelle par assuré membre de la famille du retraité s'élevait en 2022 à 3 928 dollars, soit 34 % de plus que le montant moyen de la cotisation d'un membre de la famille d'un fonctionnaire en activité. Au total, les cotisations annuelles<sup>85</sup> par assuré acquittées à la fois par les bénéficiaires et par les organisations s'élevaient en moyenne à 3 079 dollars en 2022. Pour les fonctionnaires en activité et les personnes à leur charge, les cotisations versées pour les 24 régimes des entités des Nations Unies disposant de données en la matière ont atteint la somme totale de 845 770 821 dollars en 2022, tandis que pour les retraités et les personnes à leur charge, elle s'est établie à 367 528 901 dollars, soit une valeur cumulée de 1,2 milliard de dollars pour l'exercice considéré.

144. Le tableau ci-après présente la valeur estimée des indicateurs financiers correspondant aux données communiquées par les entités participantes pour l'année 2022.

Tableau 15  
**Ratios financiers par régime d'assurance maladie (2022)**

<i>Entité assurée et régime d'assurance</i>	<i>Type d'assurance</i>	<i>Ratio dépenses totales – cotisations (%)</i>	<i>Ratio dépenses – cotisations (%)</i>	<i>Ratio de remboursement effectif (%)</i>	<i>Ratio d'autocouverture financière (%)</i>
AIEA – Plan d'assurance médicale primaire	Régime d'assurance privé	Données non disponibles	99,0	80,8	67,1
FAO – Plan général d'assurance maladie	Régime d'assurance privé	97,6	93,5	85,4	49,3
FAO – Régime de couverture médicale du personnel	Régime d'assurance privé	169,0	127,1	77,3	59,8
HCR – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	59,8	55,0	Données non disponibles	Données non disponibles
OACI – Plan de prestations médicales	Régime auto-assuré	Données non disponibles	89,3	78,5	65,6
Office des Nations Unies à Genève – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	Régime auto-assuré	81,1	77,8	77,8	70,4
Office des Nations Unies à Vienne – Plan d'assurance médicale primaire	Régime d'assurance privé	72,2	65,2	Données non disponibles	Données non disponibles

cotisations destinées à chacun des deux sous-groupes de bénéficiaires et la valeur estimée des services administratifs non pris en compte dans le calcul des cotisations des bénéficiaires ; le montant des dépenses correspondant aux soins dispensés aux bénéficiaires au cours de l'exercice considéré ; les remboursements et les prises en charge directes effectués par les assureurs ; les frais d'administration engagés.

<sup>84</sup> Le nombre d'assurés affiliés au régime Cigna Dental du Secrétariat de l'ONU n'a pas été inclus pour éviter un double comptage.

<sup>85</sup> Les contributions en nature et les montants directement versés par les organisations à des tiers administrateurs (non inclus dans le calcul des cotisations des bénéficiaires) ne sont pas comptabilisés ici.

<i>Entité assurée et régime d'assurance</i>	<i>Type d'assurance</i>	<i>Ratio dépenses totales – cotisations (%)</i>	<i>Ratio dépenses – de remboursement cotisations (%)</i>	<i>Ratio d'autocouverture effectif (%)</i>	<i>Ratio financière (%)</i>
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	Régime auto-assuré	93,5	96,8	82,7	53,93
OMI – Régime d'assurance médicale collective	Régime d'assurance privé	85,9	85,5	87,6	41,8
OMPI – Assurance maladie de groupe	Régime d'assurance privé	94,9	94,8	88,8	44,4
OMS – Assurance maladie du personnel	Régime auto-assuré	58,5	54,6	73,7	69,8
ONUUDI – Régime des agents des services généraux hors siège	Régime d'assurance privé	Données non disponibles	83,2	Données non disponibles	Données non disponibles
ONUUDI – Plan d'assurance médicale primaire	Régime d'assurance privé	Données non disponibles	68,7	Données non disponibles	Données non disponibles
ONU Tourisme – Régime d'assurance maladie et accident	Régime d'assurance privé	28,6	28,5	86,9	Données non disponibles
PAM – Plan général d'assurance maladie	Régime d'assurance privé	86,0	81,9	84,8	64,2
PAM – Régime de couverture médicale du personnel	Régime d'assurance privé	88,8	75,4	84,9	41,8
PNUD – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	169,8	148,9	84,4	29,0
Secrétariat de l'ONU – Aetna	Régime auto-assuré	Données non disponibles	87,9	64,9	60,9
Secrétariat de l'ONU – Cigna Dental	Régime auto-assuré	Données non disponibles	90,5	48,3	73,0
Secrétariat de l'ONU – Empire Blue Cross	Régime auto-assuré	Données non disponibles	97,7	33,6	78,8
Secrétariat de l'ONU – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	Données non disponibles	107,2	87,5	30,1
Secrétariat de l'ONU – Régime mondial d'assurance maladie	Régime auto-assuré	Données non disponibles	87,9	87,2	72,4
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	Régime auto-assuré	66,7	64,1	87,7	80,6
UNICEF – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	Données non disponibles	63,5	85,7	44,6
UNOPS – Régime d'assurance maladie	Régime d'assurance privé	68,3	53,4	Données non disponibles	Données non disponibles
UPU – Caisse maladie	Régime d'assurance privé	Données non disponibles		86,9	Données non disponibles

Source : Compilation du CCI.

145. **La moyenne arithmétique simple du ratio des dépenses totales aux cotisations est de 88,1 %, taux qui dénote en général une bonne adéquation entre cotisations et dépenses.** Le tableau 15 montre que 6 des 15 régimes d'assurance maladie pour lesquels il existe des informations complètes concernant le calcul du ratio des dépenses totales aux cotisations affichent un taux compris entre 85 % et 100 %, ce qui indique que les cotisations sont particulièrement bien adaptées aux dépenses liées aux demandes de remboursement et aux frais d'administration, et qu'un autre groupe de 6 régimes se distingue également par de

bons ratios oscillant entre 50 % et 85 %<sup>86</sup>. S'agissant des ratios des dépenses aux cotisations, la moyenne arithmétique simple concernant les 25 régimes pour lesquels il existe des informations complètes s'établit à 83,1 %. Dans l'ensemble, 21 régimes, soit 84 % du total, présentent de bons ratios dépenses – cotisations.

**146. Au total, 14 des 21 régimes d'assurance maladie pour lesquels des informations existent affichent un ratio de remboursement effectif compris entre 80 % et 88,8 %.** Cinq régimes d'assurance présentent un ratio qui se situe entre 65 % et 80 % ; 2 régimes d'assurance du Secrétariat de l'ONU ont quant à eux des ratios inférieurs à 50 %. L'Assurance maladie de groupe de l'OMPI est le régime d'assurance maladie dont le ratio de remboursement effectif est le plus élevé (88,8 %) ; il est suivi de près par le Régime d'assurance médicale collective de l'OMI, la Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO, le Régime d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU et le Régime mondial des Nations Unies, le Régime d'assurance maladie et accident d'ONU Tourisme et la Caisse maladie de l'UPU, pour lesquels ce ratio se situe autour de 87 %.

**147. Sur les 19 régimes pour lesquels il existe des données, 17 affichent des ratios d'auto-couverture financière inférieurs à 75 %.** En ce qui concerne le ratio d'auto-couverture financière, des données ont été communiquées pour 19 régimes (voir le tableau 16). Pour sept d'entre eux, ledit ratio est inférieur à 50 %, ce qui signifie que ces régimes couvrent plus de la moitié du coût réel des services de santé dont les assurés ont eu besoin durant l'année considérée. Les régimes qui offraient les niveaux de protection financière les plus élevés en 2022 étaient les Régimes d'assurance maladie du PNUD et du Secrétariat de l'ONU, suivis par le Régime d'assurance médicale collective de l'OMI et le Régime de couverture médicale du personnel du PAM. Il est à noter que les bénéficiaires des deux Régimes d'assurance maladie du PNUD et du Secrétariat de l'ONU présentaient un ratio d'auto-couverture financière d'à peine 30 % et ont donc obtenu les subventions les plus importantes (environ 70 % de leurs dépenses) pour répondre à leurs besoins en matière de santé en 2022. Pour les régimes dont le ratio d'auto-couverture financière dépassait 50 %, les subventions allouées aux bénéficiaires étaient inférieures aux cotisations et aux frais médicaux non pris en charge qu'ils devaient acquitter. La moyenne arithmétique simple de l'auto-couverture financière pour ce groupe de 19 régimes est de 57,7 %.

**148. Un examen plus approfondi du ratio d'auto-couverture financière confirme que la solidarité intergénérationnelle est solidement ancrée dans les régimes d'assurance maladie des Nations Unies<sup>87</sup>.** Il ressort du tableau 16 que le ratio correspondant au personnel en activité des 19 régimes pour lesquels des données ont été communiquées s'établit en moyenne à 75,3 %, alors qu'il est de 39 % pour les retraités, ce qui signifie que les subventions destinées à ces derniers (61 %) ont été supérieures de 14 points de pourcentage à celles octroyées pour les fonctionnaires en activité (24,7 %).

<sup>86</sup> Quatre régimes (le Régime de couverture médicale du personnel de la FAO, le Plan d'assurance médicale primaire de l'ONUDI, la Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO et le Régime d'assurance maladie et accident d'ONU Tourisme) présentent des ratios dépenses – cotisations anormalement bas ou élevés, qui pourraient s'expliquer par un problème tenant à la qualité des informations fournies.

<sup>87</sup> Une partie des subventions supplémentaires allouées aux retraités vise à couvrir l'impôt auquel sont assujetties les pensions, ainsi qu'il est dit dans le dernier rapport du Secrétaire général sur l'assurance maladie après la cessation de service, document *A/76/373*, par. 57 (« Depuis janvier 1974, les coûts [de l'assurance maladie] sont répartis entre les deux catégories [actifs et retraités] de sorte que le taux de cotisation des retraités représente environ la moitié de celui des fonctionnaires en activité, la répartition des coûts entre l'Organisation et les participants dans leur ensemble étant quant à elle maintenue. Ce système tient compte du fait que les pensions sont imposables, alors que les cotisations des fonctionnaires sont calculées sur la base du traitement net. Il s'agit de faire bénéficier les retraités d'une partie de la part que l'Organisation prend en charge pour les fonctionnaires en activité, ce qui revient à procéder à une pondération compensatoire transgénérationnelle »).

Tableau 16  
**Ratio d'auto-couverture financière (en pourcentage) par régime d'assurance maladie et par type d'assuré (2022)**

<i>Entité assurée et régime d'assurance</i>	<i>Type d'assurance</i>	<i>Personnel actif + personnes à charge</i>	<i>Retraités + personnes à charge</i>	<i>Ratio global</i>
AIEA – Plan d'assurance médicale primaire	Régime d'assurance privé	93,2	48,8	67,1
FAO – Plan général d'assurance maladie	Régime d'assurance privé	72,0	38,4	49,3
FAO – Régime de couverture médicale du personnel	Régime d'assurance privé	59,8	s.o.	59,8
HRC – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	Données non disponibles		
OACI – Plan de prestations médicales	Régime auto-assuré	66,9	64,4	65,6
Office des Nations Unies à Genève – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	Régime auto-assuré	107,8	40,1	70,4
Office des Nations Unies à Vienne – Plan d'assurance médicale primaire	Régime d'assurance privé	Données non disponibles		
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	Régime auto-assuré	94,2	35,3	53,93
OMI – Régime d'assurance médicale collective	Régime d'assurance privé	65,3	24,8	41,8
OMPI – Assurance maladie de groupe	Régime d'assurance privé	60,7	24,4	44,4
OMS – Assurance maladie du personnel	Régime auto-assuré	91,4	42,0	69,8
ONUDI – Régime des agents des services généraux hors siège	Régime d'assurance privé	Données non disponibles		
ONUDI – Plan d'assurance médicale primaire	Régime d'assurance privé	Données non disponibles		
PAM – Plan général d'assurance maladie	Régime d'assurance privé	89,5	34,1	64,2
PAM – Régime de couverture médicale du personnel	Régime d'assurance privé	44,3	21,7	41,8
PNUD – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	30,6	24,8	29,0
Secrétariat de l'ONU – Aetna	Régime auto-assuré	75,3	29,8	60,9
Secrétariat de l'ONU – Cigna Dental	Régime auto-assuré	75,5	68,6	73,0
Secrétariat de l'ONU – Empire Blue Cross	Régime auto-assuré	75,2	84,2	78,8
Secrétariat de l'ONU – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	35,5	13,2	30,1
Secrétariat de l'ONU – Régime mondial d'assurance maladie	Régime auto-assuré	99,9	31,2	72,4
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	Régime auto-assuré	144,8	50,5	80,6
UNICEF – Régime d'assurance maladie	Régime auto-assuré	48,9	26,1	44,6
UNOPS – Régime d'assurance maladie	Régime d'assurance privé	Données non disponibles		

Source : Compilation du CCI.

## C. Prévention de la fraude, maîtrise des dépenses et passation de marchés

### 1. Prévention et détection de la fraude

149. **La sensibilisation à la fraude diffère selon les organisations.** La fraude à l'assurance maladie va non seulement à l'encontre des normes de conduite du personnel du système des Nations Unies, mais peut aussi entraîner une hausse des primes ou se traduire par d'autres modifications des contrats d'assurance au détriment de leurs titulaires et de leurs bénéficiaires, quel que soit le type de régime (auto-assurance ou assurance privée). L'examen a cependant fait apparaître des inégalités entre les organisations s'agissant du degré de sensibilisation à la fraude, celles dotées de régimes privés étant généralement les moins actives sur ce terrain. Une bonne pratique qui a été relevée à cet égard est l'inclusion, dans les contrats passés avec les assureurs privés, d'une clause prévoyant que l'entité assurée et la compagnie d'assurance se partagent, jusqu'à un certain plafond, les économies résultant d'une baisse du niveau de dépenses, ce qui, en théorie du moins, incite les deux parties à limiter les coûts et à lutter contre la fraude<sup>88</sup>.

150. **La prévalence des cas signalés de fraude à l'assurance maladie est inférieure à la moyenne, mais la vigilance reste de mise.** Les entités participantes ont fait état de 226 cas présumés et établis de fraude à l'assurance maladie entre 2019 et 2022, pour un montant total de 2,2 millions de dollars – dont environ 142 000 dollars ont été recouvrés<sup>89</sup>. Les données disponibles donnent à penser qu'à l'échelle mondiale, tous systèmes de santé confondus, la fraude représenterait entre 3,29 % et 10 % des dépenses de santé<sup>90</sup>. S'agissant des régimes d'assurance maladie des entités des Nations Unies, dont les remboursements ont atteint au total 1,05 milliard de dollars en 2022, l'ampleur des fraudes signalées a été nettement moindre que les pourcentages dont il est fait état au plan mondial. Cela ne signifie pas pour autant que la prévalence des cas de fraude est plus faible, mais plutôt que leur nombre officiellement connu pourrait être peu élevé. Ainsi, certaines personnes interrogées ont évoqué de possibles pratiques frauduleuses dans certaines régions (collusion entre les prestataires de services médicaux ou les pharmaciens et les assurés, frais anormalement importants facturés au personnel des Nations Unies, ou encore utilisation des cartes d'assurance par des membres de la famille non assurés), pratiques qui passent inaperçues ou ne font l'objet d'aucune mesure en raison d'un système de contrôle peu rigoureux.

151. **La détection des fraudes à l'assurance maladie constitue un domaine technique qui requiert des compétences et des ressources spécifiques.** Les régimes d'assurance maladie qui font appel à un tiers administrateur ou à un assureur privé s'appuient principalement sur leurs gestionnaires en charge de cette branche pour mettre en place un système de détection et d'investigation des fraudes potentielles. Les entités participantes bénéficient en pareil cas du savoir-faire des gestionnaires, car le contrôle et la détection des fraudes à l'assurance maladie nécessitent des compétences très pointues rarement disponibles en interne, sauf dans les régimes auto-administrés ; néanmoins, il ne faudrait pas que cela les empêche de mettre en place des mesures de lutte contre la fraude. La figure II présente un exemple de système de détection des fraudes déployé par un prestataire international d'assurance maladie.

<sup>88</sup> L'article 25 du contrat que l'ONUDI a passé avec son assureur en est un exemple.

<sup>89</sup> Certains dossiers sont toujours à l'instruction.

<sup>90</sup> Jim Gee and others, *The financial cost of healthcare fraud* (MacIntyre Hudson LLP and Centre for Counter Fraud Studies, University of Portsmouth, 2010).

Figure II

**Système de détection des fraudes, gaspillages et abus mis en place par un prestataire international d'assurance maladie**

**Ressources dédiées :** cliniciens, spécialistes des données, auditeurs et enquêteurs

**Exemples de facteurs complexes déclenchant un examen des demandes de remboursement**

- Programmes automatisés faisant ressortir des combinaisons inhabituelles de diagnostics et codes de procédure.
- Audit clinique et vérification des tarifs concernant des demandes de remboursement hors réseau.
- Demandes de remboursement d'un montant supérieur à un certain seuil.
- Programmes protégés par la propriété intellectuelle mettant en évidence des scénarios ou schémas réputés frauduleux.
- Signalement de prestataires de soins frauduleux connus comme tels.
- Exploitation de l'indice de suspicion.
- Exploration des données issues de l'analyse de la fraude après paiement ayant pour but de percer les menaces et tendances émergentes.

Source : Compilation du CCI.

152. **Les quatre régimes auto-administrés ont tous détecté et signalé des cas de présomption de fraude, alors que 9 des 22 régimes administrés en externe n'en ont décelé aucun.** S'il est clair que les prestataires d'assurance maladie du secteur privé ou les tiers administrateurs possèdent une grande expérience en matière de détection des fraudes – cela fait partie de leur cœur de métier –, le présent examen n'a pas procédé à une analyse comparative détaillée pour déterminer l'efficacité des dispositifs déployés par les régimes auto-administrés. Les administrateurs des régimes d'assurance maladie ont néanmoins détecté et signalé des cas de présomption de fraude dans les quatre régimes auto-administrés (64 dossiers entre 2019 et 2022), alors qu'aucun cas de fraude n'a été signalé pour 9 des 22 régimes administrés par des tiers ou par des assureurs du secteur privé.

153. **Limiter les paiements en espèces pour prévenir la fraude.** Dans les quatre régimes auto-assurés et auto-administrés, les titulaires du contrat ont mis en place leur propre système pour surveiller les cas potentiels de fraude ou définir des mesures en vue de réduire au maximum les risques de fraude. À l'OMS par exemple, le montant des paiements en espèces effectués par les assurés aux prestataires de soins est limité à 250 dollars pour Genève et la zone française limitrophe, et à 2 000 dollars pour le reste du monde ; la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT limite quant à elle les paiements en espèces à 1 000 dollars, et l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève les limite à 500 dollars. Bien que les politiques de lutte contre la fraude déployées par ces entités méritent reconnaissance, les différences notables dans les montants précités sont d'autant plus frappantes que les organisations concernées sont toutes situées à Genève, ce qui laisse penser que la coordination des politiques et des pratiques dans ce domaine pourrait être améliorée. L'Inspecteur estime que les paiements en espèces devraient être strictement limités aux montants considérés comme raisonnables et habituels dans le pays de résidence, car plus les sommes sont importantes, moins elles favorisent la prévention de la fraude. **L'Inspecteur suggère de réactualiser et de revoir à la baisse les plafonds de paiement en espèces autant que possible, et ce, pour tous les types d'assurance maladie.**

154. **Procéder à une sélection aléatoire d'un échantillon de demandes de remboursement afin de détecter les cas de fraude.** Dans les régimes d'assurance maladie de l'OIT et de l'Office des Nations Unies à Genève, un contrôle approfondi d'échantillons de demandes de remboursement dont le montant excède un seuil donné est effectué chaque mois, ce qui est également considéré comme une bonne pratique ; pour que ces contrôles

soient efficaces, il faut néanmoins maintenir les seuils en question à un niveau suffisamment bas pour décourager les comportements adaptatifs ou opportunistes. **L'Inspecteur propose que ces seuils soient périodiquement réactualisés de façon à garantir l'efficacité des contrôles et à faire en sorte qu'ils donnent les résultats escomptés.**

155. **Utiliser des indicateurs pour signaler les éventuelles fraudes.** Les systèmes d'administration des demandes de remboursement de l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies, de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT et de l'Assurance maladie du personnel de l'OMS comportent certains indicateurs susceptibles de révéler des anomalies ; à l'OIT, le ratio entre les montants des demandes de remboursement et la rémunération que perçoit l'assuré constitue ainsi un facteur qui déclenche l'examen de ces demandes. Bien qu'il soit fortement encouragé de recourir à des indicateurs pour surveiller le risque de fraude, l'Inspecteur estime que le fait de lier la probabilité de fraude à la rémunération du bénéficiaire revient à présumer que les demandes émanant de fonctionnaires moins bien rémunérés devraient être elles aussi modestes, comme si le coût des traitements médicaux ou la probabilité de matérialisation des risques de santé étaient fonction du revenu personnel. **L'Inspecteur suggère d'avoir recours à des indicateurs pour surveiller le risque de fraude, mais les indicateurs liant la probabilité de fraude à la rémunération des bénéficiaires devraient être abandonnés et remplacés par d'autres qui reflètent mieux les risques pris en compte.**

156. **La formation et la coordination contribuent également à l'efficacité de la prévention de la fraude.** Certains régimes s'appuient, pour détecter les fraudes potentielles, sur les compétences et l'expérience acquises par le personnel chargé d'examiner les demandes de remboursement dans les bureaux nationaux et régionaux. Bien que la décentralisation de cette fonction ne risque guère, en soi, de compromettre l'intégrité du processus d'examen des demandes, il convient de veiller à ce que celles et ceux à qui incombe ce travail soient suffisamment formés et que leurs tâches soient dûment coordonnées, de façon que l'application des mesures de dépistage et de contrôle appropriées se fasse avec un maximum d'objectivité, de professionnalisme et d'équité. **L'Inspecteur recommande que les régimes auto-administrés veillent tout particulièrement à ce que le personnel chargé de traiter les demandes de remboursement soit formé à la prévention et à la détection des fraudes, et que ces régimes soient toujours dotés ou se dotent des techniques de détection les plus récentes, en ce compris les outils d'intelligence artificielle générative.**

157. **Les mesures disciplinaires prévues en cas de fraude avérée varient d'un régime d'assurance à l'autre.** Les fonctionnaires en activité pour lesquels le mécanisme d'enquête propre à leur organisation établit qu'ils ont commis une fraude à l'assurance maladie s'exposent à diverses mesures disciplinaires, qui varient d'une entité à l'autre. Lorsque les faits sont avérés, ces mesures vont de la révocation, quel que soit le montant de la fraude – c'est le cas à l'UNOPS et au HCR – à des mesures disciplinaires adaptées à la gravité des faits – règle en usage à l'ONUDI, au PNUD, au Secrétariat de l'ONU, à l'UIT et à l'UNESCO. Les cas de fraude avérée impliquant des retraités entraînent le plus souvent la résiliation de leur affiliation à l'assurance maladie après la cessation de service.

158. **Les mesures disciplinaires doivent être proportionnelles à la gravité de la faute.** Si l'Inspecteur convient que les cas de fraude présumée doivent systématiquement faire l'objet d'une enquête approfondie, il considère qu'il faut aussi garder à l'esprit que les infractions n'appellent pas toutes la même réponse. L'un des principes de droit qu'il importe d'appliquer dans tous les domaines en cas de non-respect d'interdictions ou de règles impératives exige que la sanction soit proportionnée au degré de gravité de la faute (« Toute mesure disciplinaire prise à l'encontre du fonctionnaire en cause doit être proportionnelle à la nature et à la gravité de la faute commise », conformément à la disposition 10.3 b) du Règlement du personnel des Nations Unies), car il va de soi que tous les manquements ne sont pas aussi dommageables les uns que les autres<sup>91</sup>. Mais il est également vrai que le droit

<sup>91</sup> Réclamer indûment un remboursement de 30 dollars est une chose ; réclamer un remboursement de 30 000 dollars en est une autre. Dans le premier cas, outre le refus de remboursement, le fonctionnaire ayant introduit la demande indue de remboursement devrait être passible d'une sanction relativement légère, tandis que, dans le second, une mesure nettement plus grave devrait être prise à son encontre, qui pourrait aller, le cas échéant, jusqu'à la révocation à titre disciplinaire. Concernant la

à la sécurité sociale est un droit dont les membres du personnel ne sauraient être privés, sauf en cas de cessation de service, soit volontaire, soit consécutive à une procédure disciplinaire, étant donné que ce droit est intimement lié à la relation d'emploi. Les mesures disciplinaires doivent être proportionnelles à la gravité de la faute, tout en préservant le droit à la sécurité sociale. **L'Inspecteur recommande que les sanctions résultant de fraudes à l'assurance maladie soient toujours, comme pour toute autre fraude ou faute, proportionnelles à leur gravité, conformément au statut et au règlement du personnel.**

## 2. Maîtrise des dépenses

159. **Les discussions et la collaboration interinstitutions concernant la maîtrise des dépenses ont été très limitées.** En 2018, le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service a recommandé que « toutes les possibilités de maîtrise des dépenses au titre de l'assurance maladie continuent d'être examinées dans le cadre des débats interinstitutions tenus sous les auspices du Comité de haut niveau sur la gestion »<sup>92</sup>. Cette recommandation visait à réduire les dépenses des entités des Nations Unies liées aux régimes d'assurance maladie, y compris les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il ressort des consultations avec les entités participantes qu'une telle collaboration à l'échelle du système des Nations Unies ne s'est pas mise en place. Quelques efforts sporadiques ont néanmoins été constatés, notamment dans le cadre des échanges et discussions entre les organisations sises à Genève (l'Office des Nations Unies à Genève, l'OIT et l'OMS)<sup>93</sup> et celles ayant leurs bureaux aux États-Unis (le PNUD, le Secrétariat de l'ONU et l'UNICEF) concernant leurs régimes d'assurance maladie<sup>94</sup>. **L'Inspecteur suggère aux entités participantes de relancer les discussions interinstitutions en vue de mettre en œuvre cette recommandation.**

160. **Les administrateurs qui s'occupent des régimes d'assurance maladie ne disposent pas, pour la majorité d'entre eux, d'un plan d'action clair en matière de maîtrise des dépenses.** Lors des entretiens, de nombreux administrateurs de régimes d'assurance maladie ont déclaré n'avoir aucun plan d'action en matière de maîtrise des dépenses ; les autres ont indiqué que certaines mesures avaient été prises. Les entités qui font appel à un tiers administrateur ou à un assureur comptent principalement sur les compétences spécialisées de ces compagnies privées qui ont démontré, exemples concrets à l'appui, qu'elles étaient capables de mettre en œuvre un large éventail de mesures pour réduire ou éviter les coûts inutiles. On notera toutefois que, dans les accords contractuels passés avec ces compagnies, les éventuels objectifs de maîtrise des dépenses ne sont jamais repris dans le mécanisme de suivi des résultats. De même, la maîtrise des dépenses ne fait pas partie des principaux indicateurs de résultats des régimes auto-assurés. Outre les administrateurs des régimes d'assurance maladie, les associations de retraités ont grandement contribué à sensibiliser leurs membres aux mesures d'économie, ce dont il convient de se féliciter.

161. **Les modifications apportées à la structure des régimes d'assurance maladie et aux critères d'admissibilité favorisent la réduction des coûts à long terme, mais peuvent conduire à une couverture inéquitable pour le personnel.** La FAO a lancé un nouveau régime d'assurance maladie spécialement conçu pour les membres du personnel hors siège recrutés localement qui ont rejoint l'organisation à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2016. Auparavant, la FAO avait pour seul régime le Plan général d'assurance maladie, qui offrait une couverture équitable pour l'ensemble de son personnel partout dans le monde. Le nouveau « Régime de couverture médicale du personnel » se distingue par une couverture globalement inférieure et par une prime annuelle nettement moins élevée, à savoir 39,93 dollars par personne pour 2023, contre 143,53 dollars pour le régime qui avait été mis en place à l'origine. Le lancement du nouveau régime d'assurance maladie a donc permis de réduire les dépenses de l'organisation au titre de l'assurance maladie, y compris le coût futur de l'assurance maladie

jurisprudence du Tribunal d'appel des Nations Unies relative au principe de proportionnalité, voir <https://www.un.org/internaljustice/oaj/en/proportionality-sanction>.

<sup>92</sup> A/73/662.

<sup>93</sup> Les efforts conjoints des organisations sises à Genève concernent essentiellement les négociations tarifaires avec des prestataires de services médicaux implantés en Suisse.

<sup>94</sup> Les organisations ayant leurs bureaux aux États-Unis ont fait appel à un tiers administrateur pour leurs régimes d'assurance maladie.

après la cessation de service. Il est à noter que la plupart des entités participantes ont souvent recours à deux régimes distincts, l'un pour le personnel du siège et pour le personnel hors siège recruté sur le plan international, l'autre pour le personnel hors siège recruté localement<sup>95</sup>. Le nombre d'assurés affiliés au plus récent des deux régimes de la FAO demeure pour l'instant peu élevé (223 fonctionnaires en activité fin 2022). Il reste à voir dans quelle mesure ce régime apporterait une réponse adéquate aux besoins du personnel qu'il cible.

**162. Certaines mesures de maîtrise des dépenses nécessitent une planification à long terme.** En 2023, l'AIEA a ramené de 30 à 25 ans l'âge limite des enfants non à charge des assurés couverts par le régime d'assurance maladie après la cessation de service, dans le cadre d'une mesure de maîtrise des dépenses<sup>96</sup>. Cette mesure permettra par ailleurs de limiter à long terme le nombre d'assurés affiliés audit régime. On ignore encore, à ce stade, quels en seront les résultats, mais cela montre très clairement que les mesures qui cherchent à réduire les coûts à long terme peuvent exiger une planification elle aussi à long terme.

**163. La solution consistant à recourir à des régimes nationaux d'assurance maladie a réussi à faire baisser les dépenses, mais n'est pas universellement applicable.** En 2011, le Secrétariat de l'ONU a demandé à ses fonctionnaires retraités résidant aux États-Unis qui bénéficiaient d'une assurance médicale après la cessation de service de s'inscrire à Medicare Part B, un programme fédéral américain dont les primes sont remboursées par l'organisation. Medicare Part B constitue ici la couverture principale du personnel retraité, tandis que les régimes des Nations Unies servent de couverture complémentaire<sup>97</sup>. En substance, la couverture des assurés ne change pas, mais cela permet à l'ONU de réaliser des économies étant donné que les remboursements effectués au titre de ses propres régimes d'assurance diminuent. Les actuaires-conseils ont estimé que, sur l'exercice financier clos le 31 décembre 2020, les économies qu'il avait été prévu de réaliser grâce à cette initiative avaient permis de réduire de 8 % – 600 millions de dollars à l'époque – la valeur estimée des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service<sup>98</sup>. L'OMS a modifié en conséquence ses règles relatives à l'assurance maladie de ses retraités résidant aux États-Unis. Cette possibilité est également à l'étude à la FAO.

**164. Des régimes nationaux sont disponibles en Autriche, au Canada, au Royaume-Uni et en Suisse.** Au Royaume-Uni, le personnel de l'OMI a accès au National Health Service. Bien que le recours aux services proposés par ce dernier soit considéré comme une possibilité proposée à titre complémentaire, le régime d'assurance maladie de l'OMI offre aux assurés qui les utilisent des incitations financières, ce qui constitue une bonne pratique. Dans d'autres pays, comme l'Autriche et le Canada, le personnel peut décider de ne pas s'affilier au régime de l'organisation et de souscrire une assurance maladie auprès des régimes nationaux, moyennant une subvention allouée par l'organisation. Il n'existe pas de données permettant de savoir si cela s'est traduit par des économies pour les entités concernées. S'agissant des retraités de l'UPU qui choisissent de s'assurer auprès de l'assurance maladie nationale suisse, régie par la loi fédérale sur l'assurance maladie, l'organisation prend en charge une partie de leurs cotisations et leur offre une assurance maladie complémentaire, elle aussi subventionnée. L'organisation n'a fait état d'aucune économie que cette formule aurait permis de réaliser.

**165. Les administrateurs de régimes d'assurance maladie n'ont pas été à même, pour la plupart d'entre eux, de démontrer les résultats tangibles de leurs mesures de maîtrise des dépenses.** Le PNUD figure parmi les rares exemples d'entités qui ont déclaré, à l'occasion de l'examen, avoir réussi à réaliser des économies financières ou à éviter des

<sup>95</sup> Parmi les 28 entités participantes, seules l'AIEA, l'OIT, l'OMPI, l'OMS, ONU Tourisme, l'UNESCO et l'UPU couvrent l'ensemble de leur personnel au moyen d'un seul et unique régime d'assurance maladie. On notera que, parmi ces organisations, seules l'OIT, l'OMS et l'UNESCO comptent un nombre important de fonctionnaires hors siège.

<sup>96</sup> Cette disposition s'applique uniquement aux membres du personnel entrés en fonctions à compter du 1<sup>er</sup> mars 2023.

<sup>97</sup> Medicare Part B couvre deux types de services : a) les services ou fournitures nécessaires pour diagnostiquer ou traiter des affections médicales ; et b) les soins préventifs.

<sup>98</sup> Voir le document [A/76/373](#).

dépenses grâce à de telles mesures : le tiers administrateur de son Régime d'assurance maladie a ainsi indiqué qu'il était parvenu à éviter ou réduire les dépenses y afférentes en 2021 à hauteur de 1,06 million de dollars grâce aux négociations menées avec les prestataires de soins, à la mise à disposition de services cliniques et à la gestion des dossiers, ainsi qu'à des mesures de lutte contre la fraude, le gaspillage et les abus. Dans le cadre de l'Assurance maladie du personnel de l'OMS, les mesures mises en œuvre pour la gestion des dossiers ont permis de réaliser des économies qui ont elles aussi atteint, en 2022, un montant de 1,06 million de dollars. Pour le reste, l'Inspecteur a constaté que les efforts engagés dans une optique de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie n'ayant pas été poursuivis de manière rigoureuse et systématique. Les pratiques actuelles en la matière sont les suivantes :

- Contrôle des montants des demandes de remboursement ayant pour but de vérifier qu'il s'agit de frais raisonnables et courants ;
- Négociation de tarifs préférentiels avec les prestataires locaux de services de santé et ceux affiliés au réseau propre à l'organisation ;
- Incitations financières offertes aux assurés à même de démontrer qu'ils réalisent des économies, par exemple en recourant aux services de l'assurance maladie nationale, en s'adressant à des prestataires pratiquant des tarifs moins élevés et en optant pour des médicaments génériques ;
- Mise à disposition de services médicaux directs dans les lieux d'affectation où il n'est pas possible d'avoir accès à des services de qualité ;
- Discussions avec les assurés, en particulier sur la situation financière du régime d'assurance ;
- Promotion des soins préventifs ;
- Consultations cliniques et gestion des dossiers, en particulier pour les affections chroniques ;
- Renforcement de la prévention et de la lutte en matière de fraude ;
- Sensibilisation des assurés.

166. **Les régimes d'assurance maladie de la plupart des organisations ne font pas l'objet d'un audit.** La fonction d'audit joue un rôle à nul autre pareil dans la maîtrise des dépenses, la détection des fraudes et l'amélioration générale des politiques et pratiques relatives à l'assurance maladie. Les activités de contrôle, telles que l'audit des demandes de remboursement de frais médicaux et l'évaluation des politiques suivies en la matière que prévoient les régimes d'assurance maladie administrés par le siège des Nations Unies, sont d'une importance capitale pour veiller à l'adéquation des mécanismes d'encadrement et pour favoriser la maîtrise des dépenses ainsi que la prévention et la détection des fraudes, tous types de régimes confondus. **L'Inspecteur recommande de procéder périodiquement à des audits pour évaluer, entre autres, l'exactitude des dossiers d'admissibilité et des règlements effectués à la suite des demandes de remboursement, et pour déterminer si l'administrateur s'acquitte de ses tâches selon les normes convenues.**

167. **Les contrats devraient autoriser les titulaires de contrats d'assurance maladie à soumettre les administrateurs et les assureurs à des audits.** Une autre bonne pratique relevée lors de l'examen est l'inclusion, dans certains contrats d'assurance ou d'administration, d'une clause exigeant que le gestionnaire soit certifié par une entité externe accréditée dans le domaine de la gestion, de la détection et de la prévention des risques de fraude, ainsi que de dispositions permettant à l'entité participante d'auditer sur site ou hors site les systèmes, procédures et pratiques de contrôle interne de l'assureur ou du tiers administrateur concernant la gestion des demandes de remboursement et les mesures visant à prévenir, combattre et éliminer les fraudes. **L'Inspecteur suggère que les dispositions contractuelles des régimes administrés en externe ou externalisés soient révisées autant que faire se peut afin d'y intégrer de telles clauses et de veiller à ce que les prérogatives qu'elles confèrent pour l'exécution des audits soient effectivement exercées.**

### 3. Passation de marchés

168. **Quelques exemples de collaboration interinstitutionnelle, d'échanges de bonnes pratiques et de mise en commun des enseignements propres à la passation de marchés avec des prestataires privés d'assurance maladie et des administrateurs tiers ont été observés.** En 2015, le Secrétaire général a fait état de la nécessité pour les entités des Nations Unies de négocier collectivement avec les tiers administrateurs et les assureurs privés afin d'obtenir les meilleurs tarifs et d'avoir accès aux réseaux de prestataires de soins de santé<sup>99</sup>. Dans son rapport suivant<sup>100</sup>, il a recommandé que les organisations envisagent d'aligner leurs exigences relatives aux tiers administrateurs sur les bonnes pratiques et procèdent, entre autres, à un travail d'harmonisation sur divers aspects clefs, tels que les indicateurs clefs de performance, la méthode de tarification, les modalités de présentation des informations et la périodicité des rapports, ainsi que les contrôles et les audits. L'Inspecteur n'a pas trouvé trace d'un quelconque effort qui aurait été fait à la suite de cette recommandation, hormis les liens interinstitutions tissés de longue date en matière de passation conjointe de marchés, illustrés notamment par la coopération entre les administrateurs des régimes d'assurance maladie.

169. **Faute de coordination interinstitutionnelle, les entités des Nations Unies n'ont pas saisi les possibilités qui leur étaient offertes de renforcer leur pouvoir de négociation sur un marché de l'assurance maladie qui ne compte qu'un petit nombre de fournisseurs.** Alors que quelque 240 000 fonctionnaires en activité employés par des entités des Nations Unies sont affiliés à des régimes d'assurance maladie administrés par des tiers et que près de 83 000 retraités sont couverts par des régimes relevant du secteur privé, les marchés relatifs aux services d'assurance maladie ont été passés séparément, y compris pour les régimes d'ONU Tourisme, de l'UNOPS et de l'UPU, qui couvrent chacun moins de 1 000 personnes (ces trois régimes étant confiés à la même compagnie d'assurance maladie). Le fait est que les marchés conjoints ne sont pas aisé à mettre en place, et ce, pour des raisons qui tiennent aux décalages entre les cycles de passation, aux règles de fonctionnement auxquelles ils obéissent et aux mécanismes de gestion d'entreprise, pour n'en citer que quelques-unes. Les efforts engagés par le passé pour favoriser l'alignement des exigences en matière de passation de marchés, y compris l'utilisation d'un modèle d'accord reflétant les bonnes pratiques du secteur, n'ont pas été repris, faute d'organe central de coordination et de référentiel pour la gestion des connaissances, après la dissolution du Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service. Lors des entretiens, plusieurs administrateurs de régimes d'assurance maladie ont souligné les difficultés que posait l'élaboration de leur mandat étant donné le manque de compétences internes et les difficultés à obtenir de bons exemples auprès d'autres organisations. Certaines entités participantes ont fait appel aux services de consultants externes en assurance maladie pour étayer la procédure d'appel d'offres, ce qui constitue une bonne pratique. L'insuffisance de fournisseurs qualifiés pour participer à la procédure d'appel d'offres a soulevé un autre problème. Pour les 19 régimes administrés hors du territoire des États-Unis par des tiers et des assureurs privés, seules trois compagnies ont pu être sollicitées : Cigna (15 régimes), Allianz Care (3 régimes, mais un seul titulaire de contrat) et MSH International (1 régime). Pour difficile qu'elle soit, cette situation est aussi l'occasion de mener des négociations collectives et d'harmoniser les accords de niveau de service, en particulier avec Cigna.

<sup>99</sup> A/70/590.

<sup>100</sup> A/73/662.

## IV. Adéquation et qualité des services

170. **Le sondage mondial relatif à la couverture de l'assurance maladie a reçu plus de 23 000 réponses.** Le présent chapitre rend compte de la perception que le personnel en activité et les retraités ont des régimes d'assurance maladie auxquels ils sont affiliés en termes de pertinence, d'adéquation et d'efficacité, ainsi que de leurs observations à ce sujet. Pour les besoins de l'examen, des données ont pu être recueillies et analysées sur la base, pour l'essentiel, d'un vaste sondage en ligne réalisé entre le 4 mai 2023 et le 20 juin 2023 ; ils ont été 23 163 fonctionnaires actifs et retraités à y répondre dans le monde entier, soit 14,7 % de l'ensemble du personnel en activité et à la retraite couvert par les 25 régimes d'assurance maladie des Nations Unies (157 266 personnes)<sup>101</sup>. Compte tenu de la méthode utilisée pour ce sondage, on ne saurait prétendre que ses résultats sont statistiquement représentatifs de la population consultée ; pour autant, la quantité de réponses reçues permet de tirer des conclusions valables aux fins de la présente analyse, dont l'objectif premier est de déterminer les carences qui ont été ainsi relevées et les domaines dans lesquels des améliorations pourraient être apportées.

171. **Le sondage a porté sur l'adéquation de la couverture des régimes d'assurance maladie, sur l'efficacité de leur administration et sur l'accès aux soins de santé.** Les personnes interrogées ont été invitées à donner leur sentiment sur : a) le degré d'adéquation de leur régime d'assurance maladie au regard de leurs besoins en matière de soins de santé et de ceux des personnes à leur charge ; b) le niveau d'accès aux soins de santé et autres services connexes dans leur lieu d'affectation ; et c) l'efficacité de l'administration de leur régime d'assurance maladie. On trouvera ici une synthèse des constatations tirées de ces réponses. Les résultats du sondage figurent dans leur ensemble dans le document qui complète le présent examen.

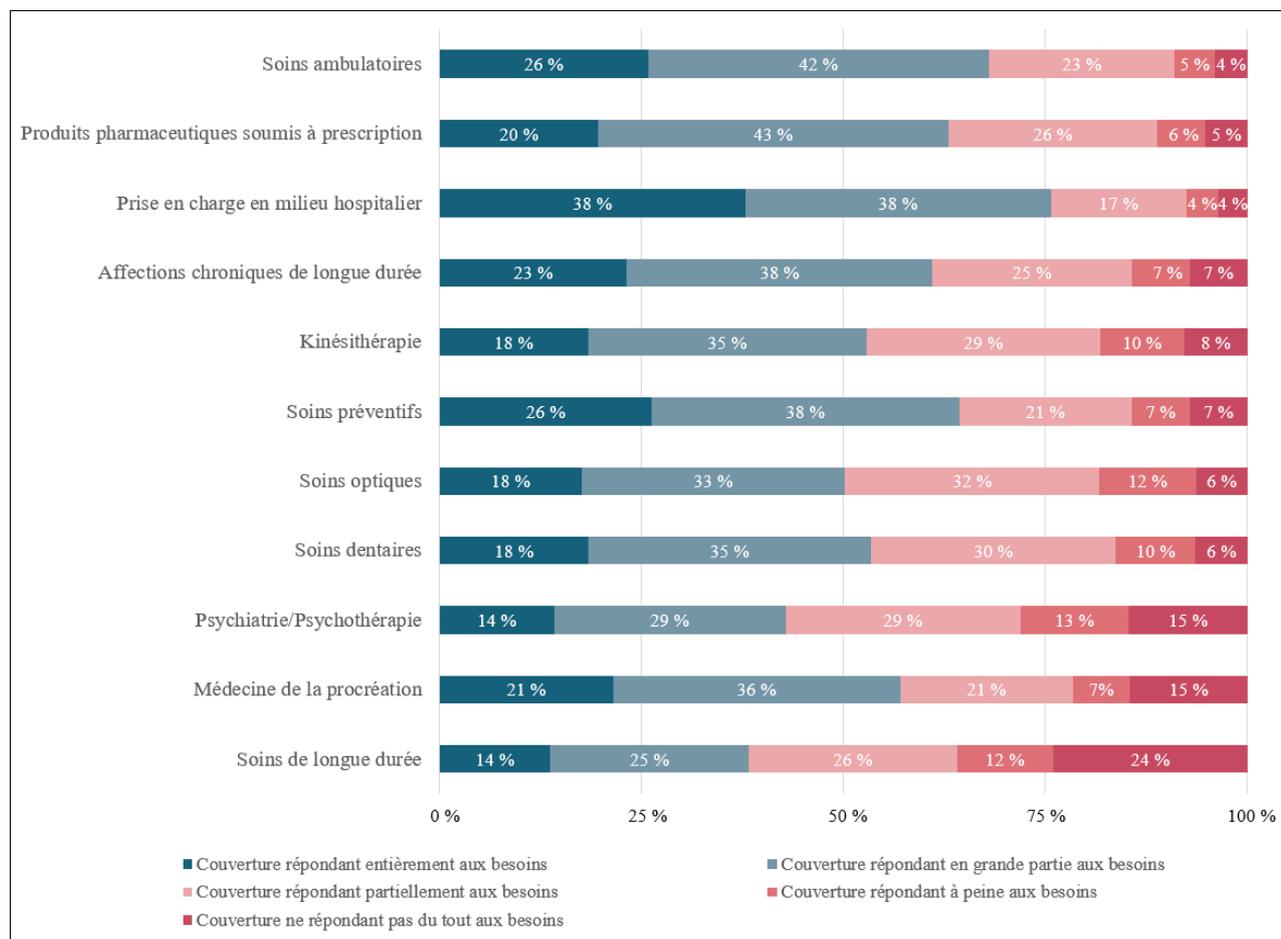
### A. Couverture et coûts

172. **La couverture n'est pas pleinement satisfaisante dans plusieurs domaines de soins.** Il a été demandé aux personnes interrogées d'indiquer dans quelle mesure la couverture offerte par le régime d'assurance maladie cofinancé par leur organisation correspondait à leurs besoins, y compris à ceux des personnes à leur charge qui y étaient affiliées. Sur les 11 domaines abordés dans le volet du sondage consacré à la couverture des régimes d'assurance maladie, les mieux notés ont été la prise en charge en milieu hospitalier, les soins ambulatoires et les soins préventifs, qui, aux dires des sondés, répondaient le plus souvent « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins. En revanche, les soins de longue durée, les soins de santé mentale (psychiatrie et psychothérapie) et les soins optiques sont ceux pour lesquels le nombre de réponses indiquant que la couverture répondait « entièrement » ou « en grande partie » aux besoins des sondés a été le moins élevé. La figure III reprend l'ensemble des résultats relatifs à ce volet.

<sup>101</sup> Nombre de fonctionnaires en activité et à la retraite affiliés au régime, à l'exclusion des membres de leur famille bénéficiant d'une protection au titre desdits régimes.

Figure III

**Perceptions des sondés concernant le degré d'adéquation du régime d'assurance maladie primaire cofinancé par leur organisation au regard de leurs besoins, y compris ceux des personnes à leur charge**



Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

173. **Au total, 68 % des sondés ont estimé que les soins ambulatoires répondaient à leurs besoins.** Sur les 25 régimes d'assurance maladie, ce sont ceux de l'OMPI, d'ONU Tourisme et de l'UPU qui ont reçu de la part des sondés la meilleure note concernant la couverture relative aux soins ambulatoires, jugée « entièrement » ou « en grande partie » adaptée à leurs besoins. Les sondés affiliés à la Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO, aux Régimes d'assurance maladie du HCR, du PNUD, de l'UNICEF et de l'UNOPS, ainsi qu'au Régime des agents des services généraux hors siège de l'ONUDI ont donné la moins bonne note à la question de savoir si la couverture répondait « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins. Hormis celui de l'UNESCO, les cinq derniers régimes d'assurance maladie de cette liste s'occupent spécifiquement du personnel recruté localement en dehors des villes sièges.

174. **La couverture en matière d'hospitalisation répond entièrement ou en grande partie aux attentes de 76 % des sondés.** En ce qui concerne la prise en charge en milieu hospitalier, les sondés ont majoritairement déclaré (plus de 60 % pour chaque régime) que la couverture offerte par leur régime d'assurance maladie répondait « en grande partie » ou « entièrement » à leurs besoins, le régime de l'OMPI recevant la note la plus élevée (97 %) et celui de l'UNESCO la note la plus basse (62 %).

175. **Environ 63 % des sondés ont jugé satisfaisante la couverture offerte pour les médicaments.** Sur la question relative aux médicaments soumis à prescription, si 63 % des sondés ont estimé que leur régime d'assurance maladie répondait « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins, plus de 2 000 commentaires ont été reçus selon lesquels ces besoins n'étaient au contraire pas satisfaits, notamment pour certains produits pharmaceutiques tels que les vitamines et les minéraux, dans la mesure où ils n'étaient pas

couverts bien qu'ils eussent été prescrits par un médecin. Il ressort de l'analyse des réponses fournies pour les différents régimes que le plus petit nombre de celles considérant que les besoins étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits provenait de sondés affiliés au Régime de couverture médicale du personnel du PAM, aux Régimes d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU, du HCR, du PNUD, de l'UNICEF et de l'UNOPS destinés au personnel recruté localement en dehors des villes sièges, et à la Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO.

**176. Si 61 % des sondés ont indiqué avoir le sentiment que leur assurance maladie répondait correctement à leurs besoins pour la prise en charge des affections chroniques de longue durée, des différences considérables ont été relevées selon les régimes d'assurance.** Plus de 90 % des sondés de l'OMPI ont estimé que leur régime d'assurance maladie répondait « entièrement » ou « en grande partie » à ces besoins, contre seulement 50 % des sondés de l'UNESCO et du personnel hors siège de l'UNICEF recruté localement. En comparant les sondés recrutés localement et ceux recrutés sur le plan international, on constate que 57 % des premiers ont estimé que la couverture que leur offrait l'assurance maladie dans ce domaine de soins était adéquate, contre 66 % des seconds. Aucun écart significatif n'a été observé entre les femmes et les hommes ayant répondu au sondage<sup>102</sup>. D'après les commentaires reçus, les principales préoccupations visaient la couverture insuffisante ou les plafonds de remboursement peu élevés concernant les soins de longue durée dispensés aux personnes âgées, les séances de kinésithérapie excédentaires, ainsi que les conditions entourant la prise en charge des handicaps physiques et des traitements médicamenteux pour des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, le cancer et les douleurs chroniques.

**177. À peine 53 % des sondés ont estimé que la kinésithérapie répondait entièrement ou en grande partie à leurs besoins.** Quelque 53 % des sondés ont indiqué que leurs besoins en matière de kinésithérapie étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits. L'analyse des réponses selon les différents régimes d'assurance maladie montre que le plus grand nombre d'appréciations allant en ce sens émanaient d'assurés relevant des régimes d'assurance maladie de l'OIT, de l'OMPI et d'ONU Tourisme (à raison de plus de 70 % pour chacun d'eux). L'OMPI et ONU Tourisme sont les entités qui offrent les taux de remboursement les plus élevés dans ce domaine (90 % pour l'OMPI et 100 % pour ONU Tourisme en cas de recours à des prestataires affiliés à son réseau en Espagne). Hormis pour ces deux régimes, il ne semble pas qu'il y ait de corrélation étroite entre le niveau de couverture et les réponses au sondage. Le régime de l'UNESCO, qui a reçu la note la plus basse, fait ici exception (seuls 30 % des sondés qui y sont affiliés ont estimé que leurs besoins en matière de kinésithérapie étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits) ; ce régime fait partie de ceux dont les niveaux de couverture sont parmi les plus bas, avec un taux de remboursement de 70 % plafonné à 15 dollars par séance et un maximum de 50 séances par an. En outre, comme pour d'autres domaines de soins, les Régimes d'assurance médicale du Secrétariat de l'ONU, du HCR, du PNUD et de l'UNICEF comptent eux aussi parmi les moins bien notés pour ce qui concerne la kinésithérapie, moins de 50 % des sondés ayant déclaré que leurs besoins en la matière étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits.

**178. La couverture relative aux soins préventifs est bonne, selon 64 % des sondés.** Les soins préventifs se sont révélés être un domaine pour lequel le taux de réponse était globalement satisfaisant : 64 % des sondés ont en effet indiqué que leurs besoins étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits, malgré un niveau de couverture inégal entre les différents régimes d'assurance. Comme pour les autres domaines de soins, les sondés assurés par l'UNESCO et ceux affiliés aux Régimes d'assurance maladie du HCR, du PNUD et de l'UNICEF sont ceux qui ont répondu le moins souvent (entre 50 % et 52 %) que leurs besoins étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits. Parmi les assurés, ou les personnes à leur charge, qui se sont identifiés comme ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle, les critiques les plus fréquemment exprimées ont porté sur l'absence de

<sup>102</sup> Sur les 17 sondés qui ont fait état d'une identité de genre autre que leur assignation sexuelle, 12 ont estimé que la couverture que leur offrait leur assurance maladie ne répondait pas ou seulement partiellement à leurs besoins.

couverture concernant les tests de routine pour les maladies sexuellement transmissibles autres que le VIH et sur la couverture relative à la prophylaxie préexposition pour la prévention du VIH.

179. **La couverture des soins dentaires est jugée insuffisante par 46 % des sondés, à des degrés sensiblement différents selon les régimes d'assurance.** S'agissant des soins dentaires, 54 % des sondés ont estimé que leur couverture en la matière répondait « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins, mais ce taux varie considérablement d'un régime d'assurance maladie à l'autre, allant de 37 % (PAM et UNESCO) à 80 % (OMPI). Les régimes d'assurance de la FAO et du PAM administrés à Rome (Plan général d'assurance maladie) se sont vu attribuer les moins bonnes notes (40 % pour le premier et 41 % pour le second), ce qui pourrait donner à penser que le niveau actuel de couverture ne correspond pas comme il le devrait au coût de ces soins dans le pays. Dans les commentaires libres que pouvaient laisser les sondés concernant les besoins non satisfaits, les soins dentaires ont été l'un des points les plus souvent mentionnés pour leur insuffisance (plus de 1 700 commentaires). Quelques exemples de commentaires allant dans ce sens sont reproduits dans la figure IV.

Figure IV

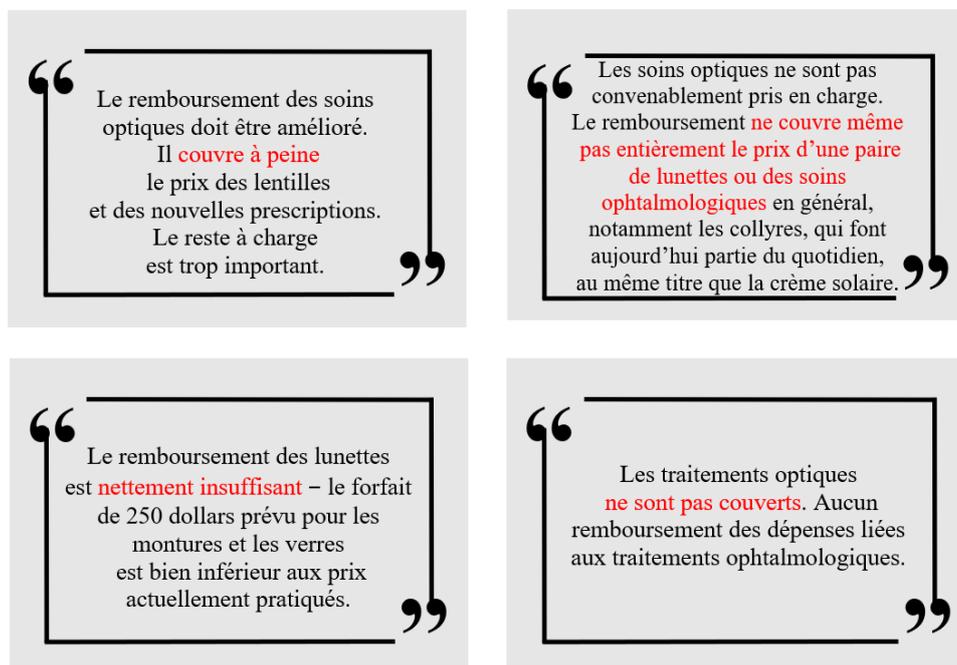
#### Exemples de commentaires relatifs à la couverture des soins dentaires



Source : Compilation du CCI.

180. **La couverture des soins optiques est jugée insuffisante par 49 % des sondés, dans des proportions très différentes selon les régimes d'assurance.** Pour ce qui est des soins optiques, 51 % des sondés ont estimé que la couverture offerte dans ce domaine répondait « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins. La comparaison des réponses données pour chacun des régimes d'assurance fait ressortir que plus de la moitié ont obtenu un faible taux de satisfaction (ils ont été moins de 50 % à être jugés répondre « entièrement » ou « en grande partie » aux besoins des sondés), signe que d'importants besoins n'étaient pas satisfaits. Environ 30 % des sondés affiliés aux Régimes d'assurance maladie du PNUD et de l'UNOPS et au Régime d'assurance médicale collective de l'OMI ont déclaré que la couverture de ces soins répondait « à peine » ou ne répondait « pas du tout » à leurs besoins, ce qui traduit un faible niveau de couverture de ces régimes pour ce type de soins. En revanche, les deux régimes d'assurance les mieux notés, ceux de l'OIT et de l'OMPI, offrent un niveau de couverture nettement supérieur. Les soins optiques ont été spécifiquement qualifiés de besoins non satisfaits dans les commentaires libres laissés par plus de 1 200 sondés. On en trouvera quelques exemples dans la figure V.

Figure V  
Exemples de commentaires relatifs à la couverture des soins optiques



Source : Compilation du CCI.

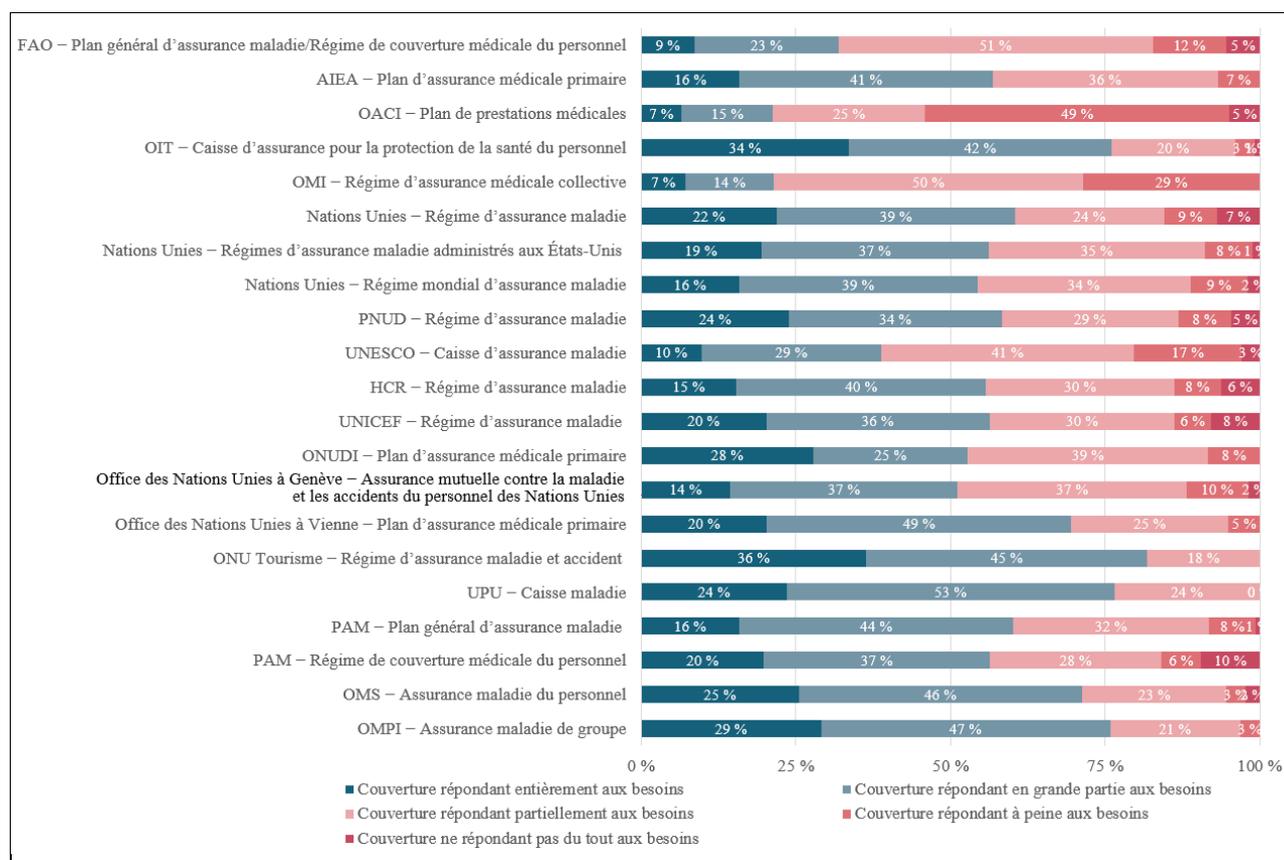
181. **Seuls 43 % des sondés ont estimé que la couverture des soins de santé mentale était adéquate.** Les soins de santé mentale (psychiatrie et psychothérapie) sont un domaine dans lequel les réponses au sondage ont fait ressortir l'existence de sérieux besoins non satisfaits<sup>103</sup>. Le seuil des 50 % de sondés ayant indiqué que leur couverture répondait « entièrement » ou « en grande partie » à leurs besoins n'a été franchi que pour sept régimes d'assurance maladie<sup>104</sup>, à savoir les deux régimes du Secrétariat de l'ONU administrés aux États-Unis, et les régimes de l'OIT, de l'OMS, de l'OMPI, d'ONU Tourisme et de l'UPU. Les trois régimes les moins bien notés (entre 22 % et 28 % des sondés jugeant leurs besoins « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits) sont ceux de la FAO, de l'OACI et de l'UNESCO. Les résultats du sondage concernant les besoins en soins de santé mentale, ventilés par régime d'assurance, sont présentés dans la figure VI.

<sup>103</sup> Cette constatation concorde avec la conclusion à laquelle est parvenu le CCI dans son examen des politiques et pratiques en matière de santé mentale et de bien-être dans les entités des Nations Unies (JIU/REP/2023/4), qui recommande ce qui suit : « Les entités participantes sont encouragées à s'aider des orientations mises à leur disposition par le Conseil de mise en application et de procéder à un examen complet de leurs régimes. Elles contribueront de la sorte à la réalisation de l'objectif stratégique déclaré selon lequel il est impératif que l'ONU passe en revue, simplifie et standardise ses régimes d'assurance maladie [pour ce qui concerne] la santé mentale, le bien-être et l'invalidité. Réévaluer les régimes d'assurance maladie à l'échelle du système crée également des occasions de mettre au point une démarche commune qui garantiss[e] une couverture de base de la santé mentale et du bien-être du personnel et, partant, un meilleur accès aux services de soutien psychosocial. ».

<sup>104</sup> Le nombre de sondés assurés au titre du Régime des agents des services généraux hors siège de l'ONUDI n'est pas suffisant aux fins de l'analyse.

Figure VI

**Perception des sondés concernant le degré d'adéquation des prestations de psychiatrie et de psychothérapie (soins de santé mentale) au regard de leurs besoins, y compris ceux des personnes à leur charge**



Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

182. **Environ 44 % des sondés nécessitant des soins de santé mentale ont estimé que la couverture que leur offrait leur régime d'assurance avait été insuffisante au cours des trois dernières années.** Il a été constaté que 18 % des sondés (soit 3 797 personnes sur les 21 051 qui ont répondu à cette question) avaient sollicité une prise en charge de l'assurance maladie pour des soins psychiatriques, psychologiques ou de santé mentale au cours des trois années précédentes, soit pour elles-mêmes, soit pour une personne à leur charge. Sur l'ensemble des assurés ayant sollicité l'intervention de l'assurance maladie pour de tels soins, 56 % ont indiqué que la couverture leur avait permis de bénéficier « entièrement » ou « en grande partie » des soins de santé mentale dont eux-mêmes ou les personnes à leur charge avaient besoin, tandis que 32 % ont répondu qu'ils en avaient bénéficié « partiellement », 9 % « à peine » et 3 % « pas du tout ». L'analyse n'a pas révélé de différences significatives entre les réponses des hommes et des femmes, ni entre celles des fonctionnaires recrutés localement et sur le plan international, et celles des retraités. D'un point de vue géographique, les sondés dont le lieu d'affectation ou le principal pays de résidence se trouvait en Afrique ont estimé que la couverture qui leur était offerte en la matière répondait moins bien à leurs besoins que celle dont bénéficiaient les sondés des autres régions.

183. **La couverture des soins relevant de la médecine de la procréation a également été jugée inégale selon les régimes d'assurance, la moyenne des sondés qui l'ont considérée satisfaisante étant de 57 %.** S'agissant des soins qui relèvent de la médecine de la procréation, quelque 57 % des sondés ont indiqué que leurs besoins à cet égard étaient « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits. Une analyse ventilée des réponses montre que moins de 50 % des sondés couverts par les régimes de la FAO, de l'OACI et de l'UNESCO, ainsi que par le Régime d'assurance maladie du HCR, sont allés dans ce sens ; à l'inverse, ce même jugement apparaît dans plus de 85 % des réponses émanant de sondés

affiliés au régime d'assurance de l'OMPI. Parmi les assurés, ou les personnes à leur charge, qui se sont identifiés comme ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle, le principal problème soulevé a été la couverture relative aux traitements de l'infertilité. Les critiques qui ont été exprimées en la matière allaient de l'absence totale de tels traitements dans les régimes d'assurance maladie des intéressés aux obstacles entravant l'accès à la prise en charge en tant que couple de même sexe.

184. **Le niveau de satisfaction pour la couverture des soins de longue durée s'est avéré très faible.** Les soins de longue durée sont ceux pour lesquels le pourcentage de réponses faisant état de besoins « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits a été le plus faible (38 %). Lors des entretiens avec les représentants des associations de retraités, ces soins ont été le plus souvent évoqués comme n'étant pas suffisamment pris en charge par la plupart des régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies<sup>105</sup>.

185. **Environ 65 % des sondés ont estimé que leurs besoins liés à la COVID-19 avaient été « entièrement » ou « en grande partie » satisfaits.** Le principal besoin non satisfait, tel qu'il ressort de plus de 1 350 commentaires, concernait les tests de dépistage de la COVID-19, qui n'étaient pas remboursés alors qu'ils étaient parfois exigés pour le travail ou les déplacements. L'une des difficultés rencontrées a été l'obtention d'une ordonnance médicale au plus fort de la pandémie, ce qui a également eu des répercussions sur les dépenses remboursables concernant les soins médicaux et les médicaments soumis à prescription. Les commentaires relatifs aux difficultés de remboursement par l'assurance maladie provenaient en majorité de sondés affiliés aux régimes du HCR, du PNUD, et de l'UNICEF, ainsi que de ceux affiliés au Régime mondial d'assurance maladie des Nations Unies.

186. **La couverture de l'assurance maladie a été jugée répondre correctement aux besoins spécifiques des femmes et des hommes, plus de 80 % des sondés s'étant déclarés « profondément d'accord » ou « d'accord » avec cette affirmation.** Les femmes étaient moins d'accord (82 %) que les hommes (87 %) sur ce point. Parmi les assurés, ou les personnes à leur charge, qui se sont identifiés comme ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle, 79 % ont été d'accord pour dire que leur couverture d'assurance maladie répondait correctement à leurs besoins sexospécifiques.

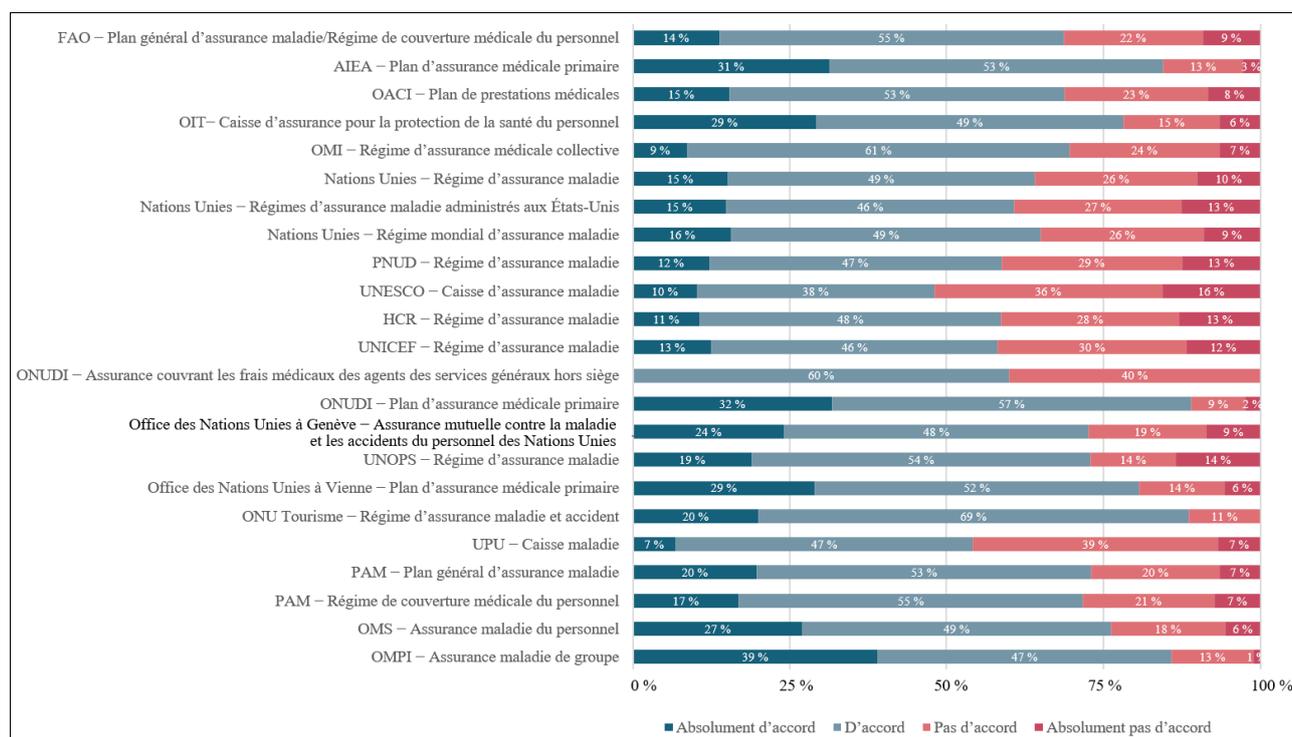
187. **L'Inspecteur propose que les entités participantes réévaluent la couverture de leur régime d'assurance maladie afin de remédier aux carences les plus importantes et de l'aligner progressivement et durablement sur les modèles actuels, en ayant toujours à l'esprit de le faire en étroite concertation avec leurs représentants afin de veiller à ce que leurs priorités et la stabilité financière des régimes soient prises en compte.** Selon le sondage mondial réalisé par le CCI, une attention spéciale devrait être accordée aux domaines suivants : soins ambulatoires, en particulier pour le personnel recruté localement ; soins de longue durée ; conditions entourant la prise en charge des handicaps physiques et des traitements médicamenteux pour les maladies chroniques ; kinésithérapie ; examens médicaux de routine ; soins dentaires ; soins optiques ; soins de santé mentale ; soins relevant de la médecine de la procréation.

188. **Les sondés se sont dans leur majorité montrés satisfaits des informations mises à leur disposition concernant la couverture de leur régime d'assurance maladie, mais des avis divergents ont été relevés quant au rapport coût-avantage des primes y afférentes.** Seuls 48 % des sondés de l'UNESCO se sont déclarés « absolument d'accord » ou « d'accord » avec l'idée que les primes dont s'acquittent conjointement les assurés et leur organisation sont d'un bon rapport coût-avantage. Le sentiment ainsi exprimé vient corroborer l'analyse présentée dans l'examen concernant le montant des primes dues pour le régime d'assurance de ladite entité, qui se situe dans le haut de la fourchette par rapport à son niveau de couverture, à savoir un taux de remboursement 75 % pour la plupart des frais. Les réponses fournies par les affiliés aux autres régimes allaient de 54 % de sondés satisfaits (« absolument d'accord » ou « d'accord » quant au bon rapport coût-avantage) pour l'UPU à 89 % pour l'ONUDI et ONU Tourisme. La figure VII présente les résultats du sondage ventilés par régime d'assurance maladie.

<sup>105</sup> Voir par. 114 à 116 ci-dessus.

Figure VII

### Degré de consensus des sondés quant au bon rapport coût-avantage des primes dont s'acquittent conjointement les assurés et leur organisation

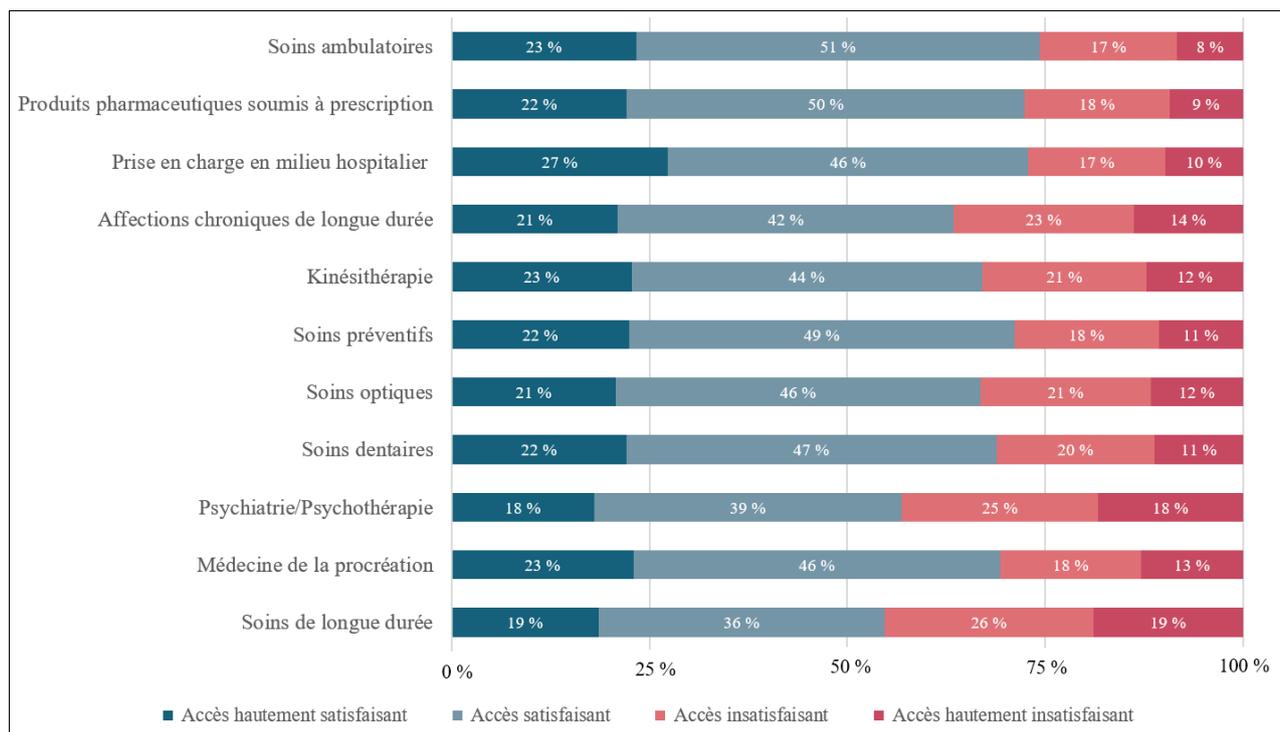


Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

## B. Accès aux soins de santé

189. **Il ne suffit pas d'avoir une assurance ; il faut aussi pouvoir disposer de services de santé adéquats.** Dans le cadre du sondage effectué aux fins du présent examen, les fonctionnaires en activité ont également été invités à indiquer quel était leur degré de satisfaction concernant l'accès aux soins de santé dans leur lieu d'affectation. Parmi les 11 domaines clés de la couverture des régimes d'assurance maladie passés en revue, l'accès aux soins ambulatoires, à la prise en charge en milieu hospitalier, aux médicaments et aux services de dépistage préventif a été jugé satisfaisant ou très satisfaisant par plus de 70 % des sondés, tandis que l'accès aux soins de longue durée et aux soins de santé mentale a reçu le pourcentage le plus élevé de commentaires défavorables, à raison de 45 % pour les premiers et de 43 % pour les seconds. Les résultats du sondage sont présentés dans la figure VIII.

Figure VIII

**Perception de l'accès aux soins de santé dans les lieux d'affectation des sondés**

Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

**190. Sur l'ensemble des sondés des cinq régions considérées<sup>106</sup>, ceux en poste en Afrique se sont déclarés les moins satisfaits de l'accès à la plupart des domaines de soins.**

En Afrique, l'accès aux soins dentaires et optiques, à la kinésithérapie, aux soins de longue durée, aux traitements liés aux maladies chroniques et aux soins de santé mentale sont les domaines qui ont recueilli le plus faible niveau de satisfaction (moins de 50 % pour chacun d'entre eux)<sup>107</sup>. Les sondés dont les lieux d'affectation se situaient en Asie se sont dits en grande partie satisfaits de l'accès qu'ils avaient pu obtenir à la plupart des domaines de soins, à l'exception des soins de santé mentale pour ceux en poste en Asie centrale<sup>108</sup>, en Asie du Sud<sup>109</sup> et en Asie de l'Ouest<sup>110</sup> (taux de satisfaction à chaque fois inférieur à 50 %). Les résultats détaillés du sondage concernant l'accès aux soins de santé figurent dans le document joint en complément au présent examen.

**191. Le degré de satisfaction pour ce qui concerne l'accès aux soins de santé en dehors des lieux d'affectation varie d'une région à l'autre et selon le type de contrat.**

À la question de savoir dans quelle mesure leur régime d'assurance maladie leur donnait la possibilité d'avoir accès à des soins de santé et autres services connexes non disponibles sur leur lieu d'affectation (pour les fonctionnaires) ou de résidence principale (pour les retraités), les réponses provenant de sondés établis en Afrique ont été légèrement plus positives, mais plus de la moitié des retraités et des fonctionnaires actifs recrutés localement ont indiqué que leur régime d'assurance maladie ne leur permettait d'accéder à des soins de santé en dehors de leur lieu d'affectation ou de résidence principale qu'à titre exceptionnel et sous réserve

<sup>106</sup> Afrique, Amériques, Asie, Europe et Océanie.

<sup>107</sup> En Océanie, les sondés qui avaient pour lieux d'affectation la Micronésie (Kiribati et les Îles Marshall, par exemple) et la Polynésie (le Samoa et les Tonga) étaient les moins satisfaits de l'accès aux soins préventifs (25 %), aux soins ambulatoires (32 %), à la prise en charge en milieu hospitalier (17 %), aux soins optiques (18 %), aux soins de santé mentale (6 %) et aux soins de longue durée (0 %). Ces données sont cependant assez peu représentatives, car ils n'ont été que 14 à 22 sondés à donner leur avis sur différents domaines de soins dans ces deux sous-régions.

<sup>108</sup> Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan.

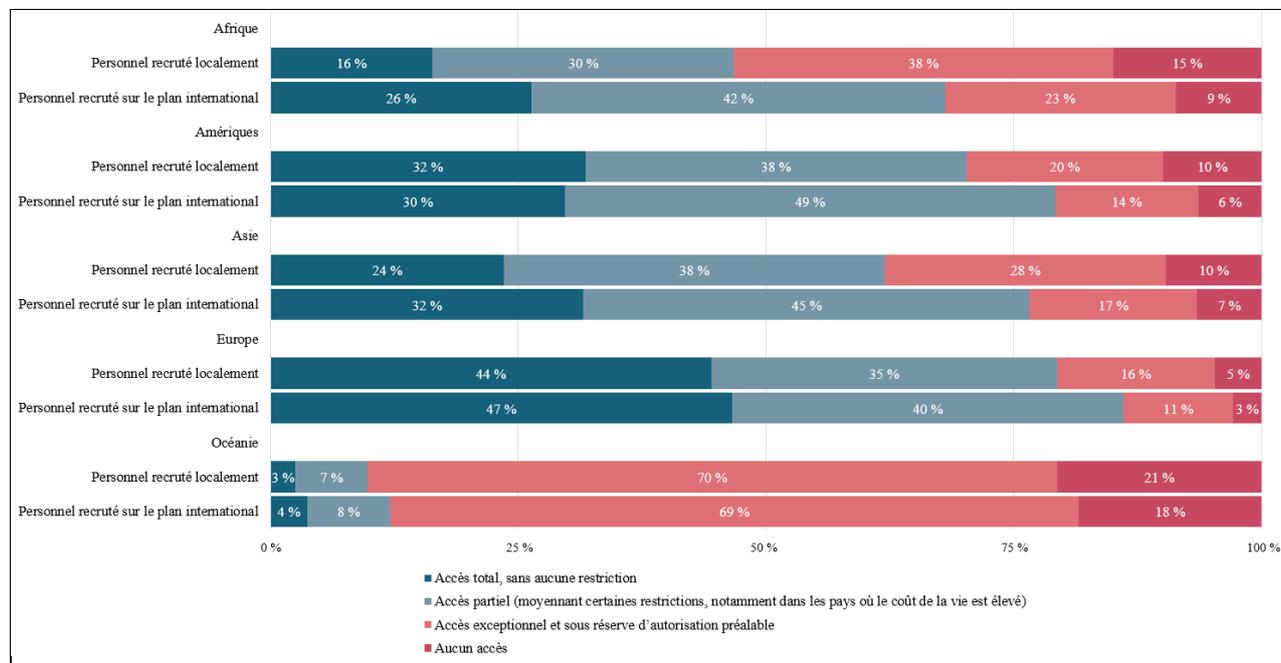
<sup>109</sup> Principalement en Afghanistan, au Bangladesh et au Pakistan.

<sup>110</sup> Principalement au Liban, en Türkiye et au Yémen.

d'autorisation préalable (38 %), ou qu'il ne leur était d'aucune aide à cet égard (15 %) <sup>111</sup>. La figure IX présente les résultats du sondage ventilés par région et par type de recrutement.

Figure IX

**Perception par les sondés du degré auquel les régimes d'assurance maladie ont contribué à leur donner accès à des soins de santé non disponibles sur leur lieu d'affectation (pour les fonctionnaires) ou de résidence principale (pour les retraités)**



Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

192. **Moins de la moitié des sondés affiliés aux régimes d'assurance maladie du HCR, du PNUD et de l'UNESCO ont estimé que les dépenses non prises en charge ou le ticket modérateur étaient abordables.** Sur le plan régional, moins de la moitié des sondés dont le lieu d'affectation ou de résidence principale se trouvait en Océanie et en Afrique ont été « absolument d'accord » ou « d'accord » pour dire que les dépenses non prises en charge étaient abordables. Dans les autres régions, le degré de consensus avec cette affirmation a été plus élevé (52 % pour l'Asie, 63 % pour les Amériques et 67 % pour l'Europe). Dans l'ensemble, les sondés qui avaient été recrutés sur le plan international ont été plus nombreux à juger abordables les dépenses non prises en charge que leurs homologues recrutés dans le pays d'affectation ou de résidence (61 % des premiers se disant « absolument d'accord » ou « d'accord » avec cette affirmation, contre 56 % des seconds).

### C. Qualité de l'administration de l'assurance maladie

193. **Le degré de consensus quant à l'efficacité du mécanisme de règlement des litiges relatifs aux demandes de remboursement varie considérablement d'un régime d'assurance maladie à l'autre.** Seuls 43 % à 51 % des sondés affiliés aux régimes du Secrétariat de l'ONU administrés aux États-Unis <sup>112</sup>, aux Régimes d'assurance maladie du HCR et de l'UNOPS, ainsi qu'à l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève ont considéré que leurs mécanismes de règlement des litiges relatifs aux demandes de remboursement étaient efficaces, contre un taux de satisfaction de 94 % des sondés parmi ceux affiliés au Régime d'assurance d'ONU Tourisme et de 83 % parmi ceux affiliés au Plan d'assurance médicale primaire de l'AIEA. La figure X

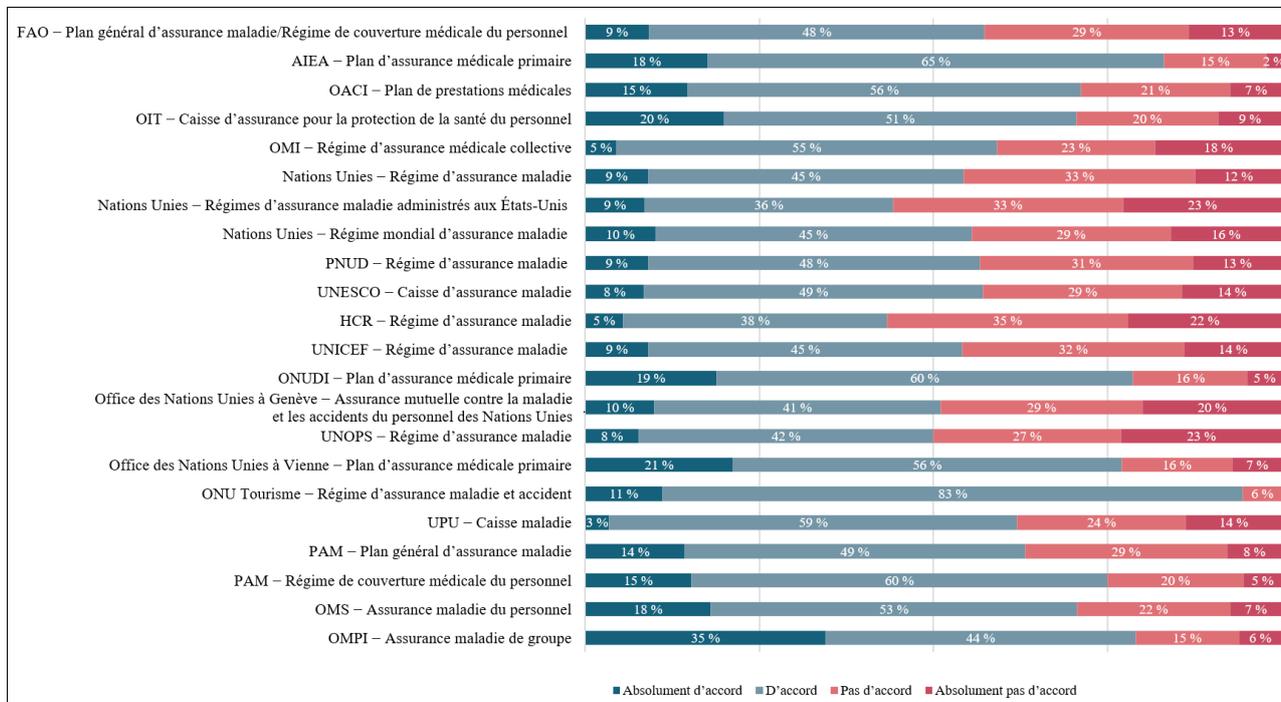
<sup>111</sup> Seuls 3 % des sondés établis en Océanie ont indiqué « Accès total, sans aucune restriction » et 8 % « Accès partiel (moyennant certaines restrictions, notamment dans les pays où le coût de la vie est élevé) ».

<sup>112</sup> Secrétariat de l'ONU – Régimes Aetna, Empire et Cigna Dental.

présente les résultats du sondage ventilés par régime. Ces résultats correspondent à ceux obtenus pour le volet consacré au degré de satisfaction concernant la clarté du raisonnement invoqué en cas de règlement partiel ou d'absence de règlement des dossiers de réclamation, à la réactivité du personnel chargé de les examiner et à l'issue de tout litige lié à une demande de remboursement.

Figure X

### Degré de satisfaction des sondés quant à l'efficacité du mécanisme de règlement des litiges relatifs aux demandes de remboursement mis en place par leur organisation<sup>113</sup>



Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

194. **Plus de 80 % des sondés se sont dits satisfaits de la facilité avec laquelle ils pouvaient soumettre leurs demandes de remboursement.** Le taux de satisfaction tombe cependant à moins de 60 % pour les sondés affiliés au Régime d'assurance maladie du HCR. Le sondage ne révèle pas d'autres différences notables dans les résultats, que les demandes de remboursement soient traitées par les entités participantes ou par un tiers administrateur. S'agissant des exigences linguistiques imposées pour la soumission des demandes de remboursement, plus de 90 % des sondés les ont jugées « hautement satisfaisantes » ou « satisfaisantes ».

195. **Le degré de satisfaction concernant la rigueur du traitement des demandes de remboursement varie quelque peu selon les régimes d'assurance, y compris lorsque ceux-ci relèvent d'un même tiers administrateur.** Les sondés affiliés aux Régimes d'assurance maladie du HCR et de l'UNOPS ont été ceux qui ont recueilli le taux de satisfaction le moins élevé (63 % et 65 % respectivement). En revanche, plus de 90 % des sondés affiliés aux régimes de l'AIEA, de l'OACI, de l'OMPI, de l'ONUDI (Plan d'assurance médicale primaire) et d'ONU Tourisme se sont déclarés satisfaits de la rigueur du traitement des demandes de remboursement. Il ressort de leurs réponses que le degré de satisfaction sur ce point n'est pas lié à l'administrateur chargé de cette tâche (qu'elle soit effectuée en interne ou externalisée). Dans la mesure où cette appréciation varie considérablement selon les régimes, y compris lorsque ceux-ci relèvent d'un même tiers administrateur, **l'Inspecteur suggère d'harmoniser, dans l'ensemble du système des**

<sup>113</sup> Les assurés affiliés au Régime des agents des services généraux hors siège de l'ONUDI n'ont pas été suffisamment nombreux à répondre à ce volet du sondage.

**Nations Unies, les accords relatifs au niveau de service, notamment en ce qui concerne leur suivi et les rapports y afférents.**

196. **La question de la rapidité des remboursements constitue un problème majeur soulevé par les assurés<sup>114</sup>.** Environ 67 % des sondés se sont déclarés satisfaits de la rapidité avec laquelle ils obtenaient leurs remboursements, les personnels recrutés localement l'étant nettement moins (63 %) que ceux recrutés à l'étranger (73 %). Les moins satisfaits ont été ceux affiliés au Régime d'assurance maladie du HCR (34 %), tandis que ceux affiliés à l'Assurance maladie de groupe de l'OMPI ont affiché un taux de satisfaction de 94 %. Lors des entretiens, le personnel en poste en Afrique s'est dit préoccupé par le manque de possibilités offertes pour le choix des établissements de santé, soulignant notamment la difficulté de trouver un établissement proposant une prise en charge directe par le régime d'assurance maladie. En outre, le fait de devoir avancer les frais et d'attendre ensuite leur remboursement a été mentionné à plusieurs reprises comme étant à l'origine de problèmes financiers pour les membres du personnel, en particulier ceux recrutés localement. Les résultats du sondage montrent que le degré de satisfaction n'est pas lié à la rapidité des remboursements ni au fait que l'administration du régime d'assurance soit gérée en interne ou externalisée. De plus, à l'instar du critère de rigueur du traitement des demandes de remboursement, le degré de satisfaction varie considérablement selon les régimes, y compris lorsque ceux-ci relèvent d'un même tiers administrateur. **L'Inspecteur propose que les entités concernées revoient leurs politiques et pratiques en matière d'avances ou de prises en charge directes afin d'accélérer les procédures et d'éviter de placer les bénéficiaires dans de graves difficultés financières, en particulier pour les situations d'urgence, les séjours en milieu hospitalier et les soins de longue durée.**

197. **Les sondés considèrent que le fait d'intégrer les remboursements dans les états de paie entraînent des retards inutiles.** Les sondés ont indiqué que la récente modification des règles administratives du Régime d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU, qui prévoit de procéder aux remboursements via les états de paie, a allongé les délais de réception des sommes dues et faussé la lecture desdits états, étant donné qu'ils comprennent désormais non seulement les émoluments, mais aussi les versements effectués au titre des frais médicaux engagés.

198. **Environ 80 % des sondés se sont dits satisfaits du professionnalisme dont font globalement preuve les administrateurs des régimes d'assurance maladie dans leurs communications.** Les taux de satisfaction les plus élevés ont été enregistrés parmi les sondés affiliés aux régimes d'assurance de l'AIEA, de l'Office des Nations Unies à Vienne, de l'OMPI et de l'OMS (plus de 90 %), les plus faibles émanant de ceux affiliés au Régime d'assurance maladie du HCR (66 %).

199. **Seuls 62 % des sondés ont indiqué se sentir à l'aise pour poser des questions à l'administrateur de leur régime d'assurance maladie au sujet des soins d'affirmation de genre<sup>115</sup>.** Environ 8 % des sondés (1 846 personnes) se sont identifiés et/ou ont identifié des personnes à leur charge comme ayant une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle ; 62 % d'entre eux ont dit se sentir à l'aise pour poser des questions sur la couverture offerte en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et/ou de caractéristiques sexuelles (soins d'affirmation de genre ou formes d'aide à la procréation ouvertes à tous, par exemple). En analysant les réponses selon les différents régimes d'assurance maladie, il apparaît que moins de la moitié des sondés affiliés au Plan général d'assurance maladie du PAM, au Régime mondial d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU, au Plan d'assurance médicale primaire de l'AIEA et à l'Assurance mutuelle du

<sup>114</sup> Il convient de noter que le délai de traitement des demandes de remboursement peut avoir été affecté par l'accumulation des retards dus au report des interventions et consultations pendant la pandémie de COVID-19 ; il est possible que le degré de satisfaction des sondés s'en soit ressenti.

<sup>115</sup> Selon la définition qui en est donnée dans la classification internationale de l'OMS, les soins d'affirmation de genre englobent toute intervention ou toute combinaison d'interventions d'ordre social, psychologique, comportemental ou médical (y compris les traitements hormonaux ou les actes chirurgicaux) destinées à soutenir et affirmer l'identité de genre d'un individu. Voir <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>.

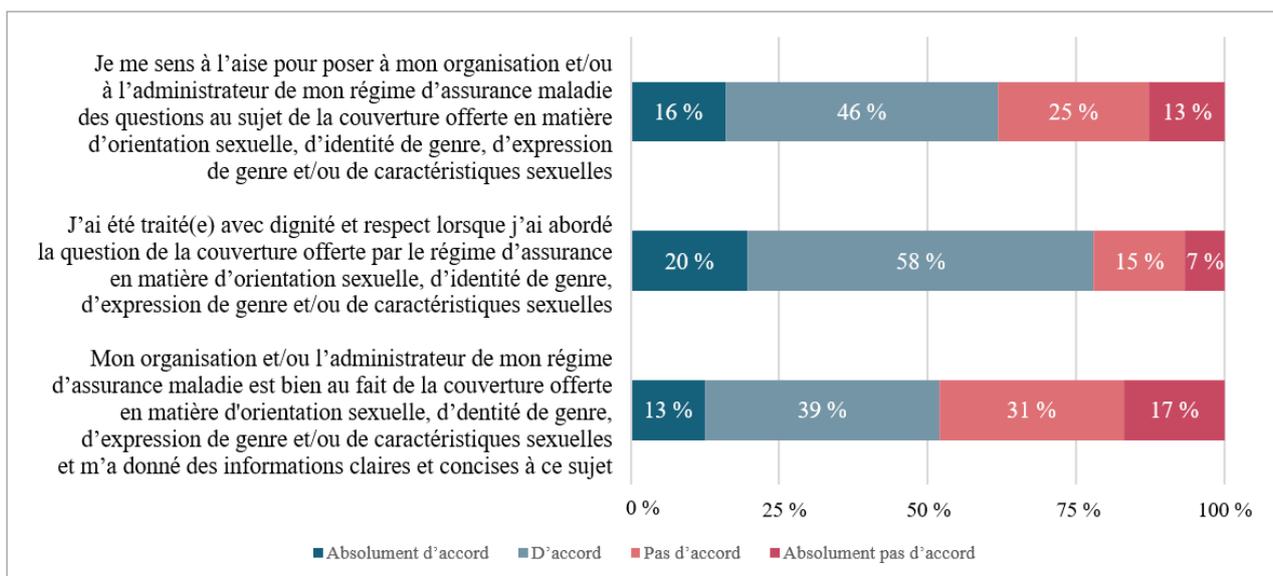
personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève se sentaient à l'aise pour s'enquérir de la couverture offerte à cet égard, alors que les sondés affiliés aux régimes d'assurance maladie de l'Office des Nations Unies à Vienne et de l'OIT l'étaient à respectivement 90 % et 85 %. S'agissant des sondés affiliés au Plan de prestations médicales de l'OACI, cinq des sept personnes qui y ont répondu ont indiqué qu'elles ne se sentaient pas à l'aise pour poser des questions relatives à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre et/ou aux caractéristiques sexuelles. Selon l'équipe en charge du présent examen, il se pourrait que la perception des sondés sur ce point soit liée à la culture institutionnelle au sens large, et non pas simplement imputable à l'administration du régime d'assurance maladie.

200. **Au total, 78 % des sondés ont estimé être traités avec dignité et respect lorsqu'ils abordent la question de la couverture offerte par le régime d'assurance pour ce qui concerne l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et/ou les caractéristiques sexuelles.** Il apparaît qu'une forte proportion de sondés a considéré, tous régimes d'assurance maladie confondus, être traitée avec dignité et respect dans les échanges avec leur organisation et/ou l'administrateur desdits régimes, les meilleures notes allant à ceux du Secrétariat de l'ONU administrés aux États-Unis (94 %) et la plus basse au Plan général d'assurance maladie/Régime de couverture médicale du personnel de la FAO (65 %).

201. **Seuls 52 % des sondés ont estimé que les administrateurs de leur régime d'assurance maladie étaient bien au fait de la couverture offerte en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre, d'expression de genre et/ou de caractéristiques sexuelles.** Les moins bonnes notes à cet égard ont été attribuées par les assurés affiliés à la Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO, à l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies de l'Office des Nations Unies à Genève et au Régime mondial d'assurance maladie du Secrétariat de l'ONU (27 %, 30 % et 34 %, respectivement). **L'Inspecteur estime qu'il s'agit là d'un domaine dans lequel la formation du personnel chargé des relations avec les assurés devrait être améliorée. Aussi suggère-t-il que les administrateurs abordent régulièrement ces questions dans leurs programmes de formation.** Les résultats du sondage sont présentés dans la figure XI.

Figure XI

**Perception des sondés quant à la capacité de leur organisation et/ou de l'administrateur du régime d'assurance maladie à traiter les demandes d'information relatives aux soins d'affirmation de genre**



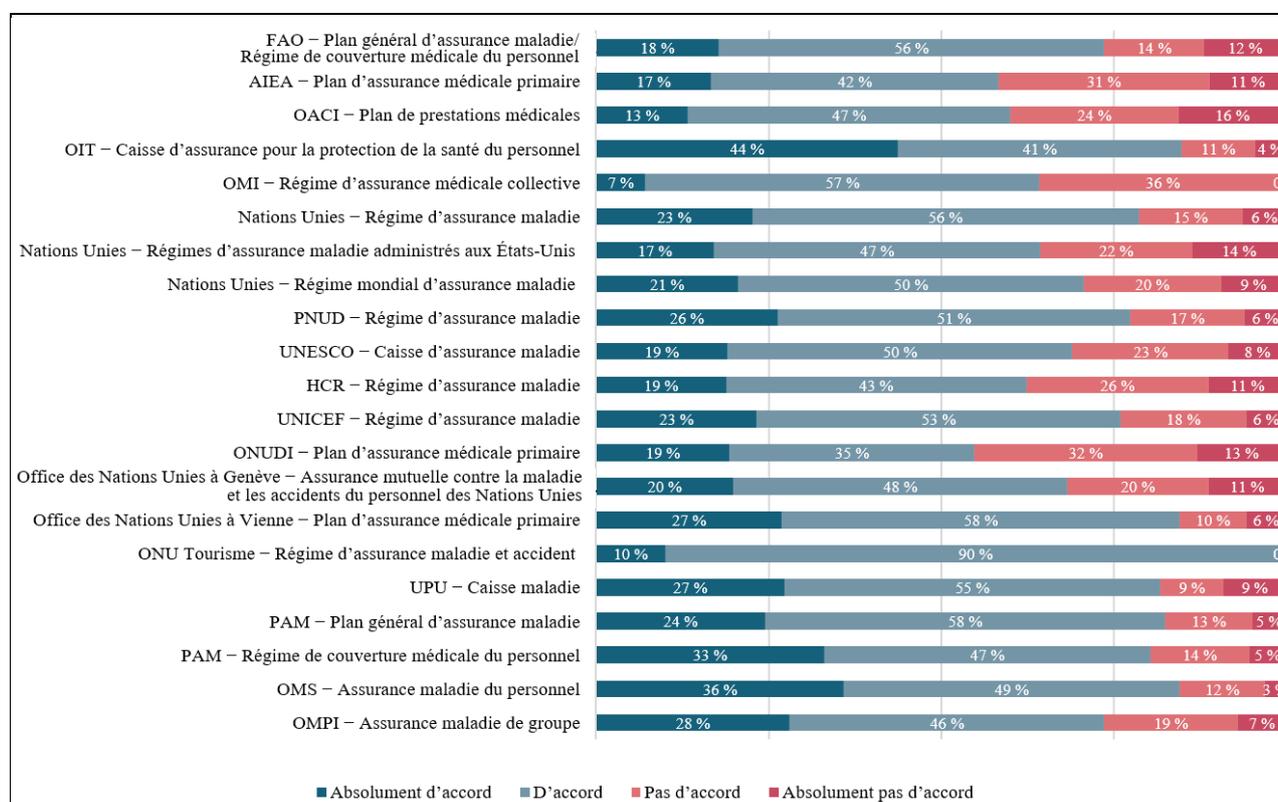
Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

202. **Au total, 73 % des sondés ont déclaré se sentir à l'aise pour poser des questions sur la couverture offerte par leur régime d'assurance maladie en matière de soins de santé mentale et sur les remboursements y afférents.** Environ 18 % des sondés (3 797 personnes) avaient obtenu de leur assurance maladie un remboursement des frais

relatifs à des soins de santé mentale au cours des trois années précédentes. Dans l'ensemble, 73 % des sondés se sont déclarés « absolument d'accord » ou « d'accord » pour dire qu'ils se sentaient à l'aise pour s'enquérir, auprès de leur organisation ou de l'administrateur de leur régime d'assurance, de la couverture offerte en matière de soins psychiatriques, psychologiques ou de santé mentale et des remboursements y afférents. La comparaison des réponses données par les femmes et par les hommes montre cependant que les premières sont moins positives (d'accord à 70 %) que les seconds (78 %). Les différences entre les réponses fournies par les fonctionnaires recrutés sur le plan national et celles données par les fonctionnaires recrutés sur le plan international indiquent que les premiers sont plus positifs (d'accord à 77 %) que les seconds (70 %). Quant aux disparités entre les régimes<sup>116</sup>, les sondés affiliés aux Plans d'assurance médicale primaire de l'ONUDI et de l'AIEA ainsi qu'au Plan de prestations médicales de l'OACI étaient les moins nombreux à partager cette affirmation (55 %, 58 % et 60 % respectivement). La figure XII présente les résultats du sondage ventilés par régime d'assurance maladie.

Figure XII

**Degré de consensus des sondés sur leur aisance à poser à leur organisation ou à l'administrateur de leur régime d'assurance maladie des questions concernant la couverture offerte en matière de soins de santé mentale et les remboursements y afférents**



Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

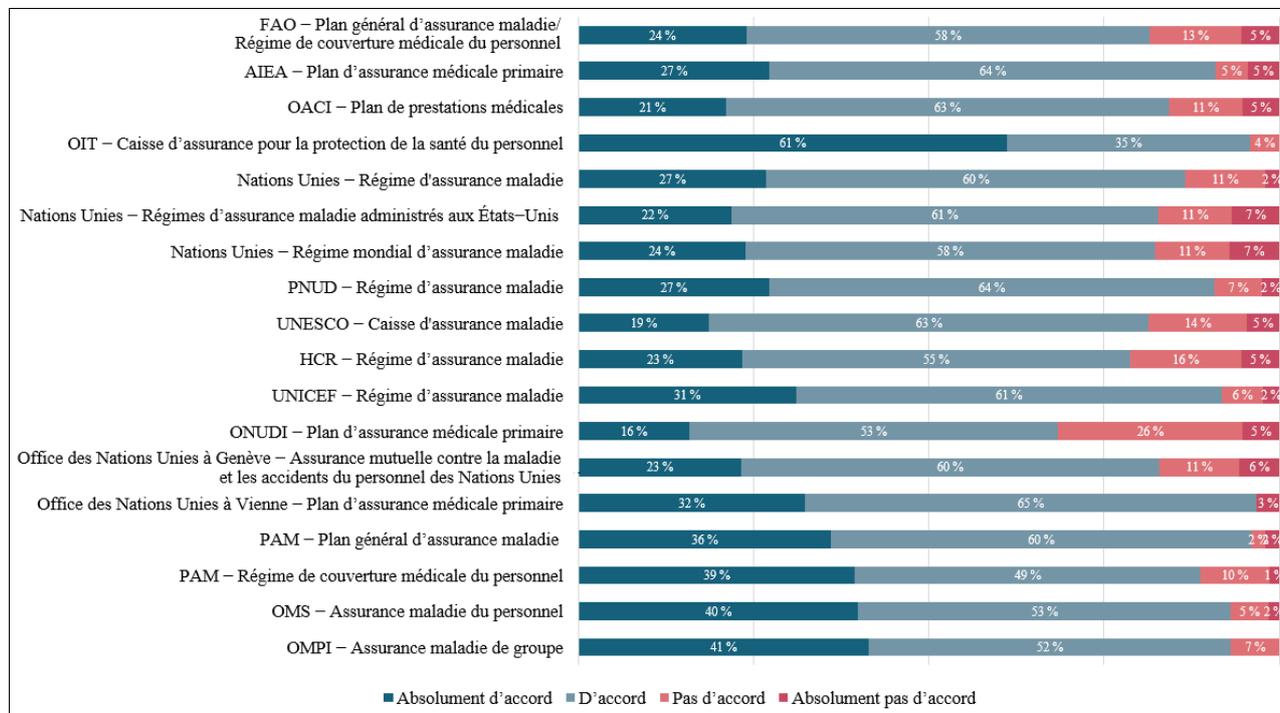
203. Environ 83 % des sondés ont estimé être traités avec dignité et respect lorsqu'ils abordent la question des remboursements des frais liés à des soins de santé mentale, sans qu'il y ait de différence significative entre les femmes et les hommes. Le degré de consensus des fonctionnaires recrutés sur le plan national était légèrement plus élevé (89 %) que celui de leurs homologues recrutés sur le plan international (85 %). Tous<sup>117</sup> les régimes

<sup>116</sup> Il n'a pas été tenu compte des résultats relatifs au régime des agents des services généraux hors siège de l'ONUDI et au Régime d'assurance maladie de l'UNOPS, en raison du nombre insuffisant de réponses fournies par les agents de ces institutions.

<sup>117</sup> Il n'a pas été tenu compte des résultats relatifs au Régime d'assurance médicale collective de l'OMI, au Régime des agents des services généraux hors siège de l'ONUDI et aux Régimes d'assurance maladie d'ONU Tourisme, de l'UNOPS et de l'UPU, en raison du nombre insuffisant de réponses fournies par les fonctionnaires de ces institutions.

se sont vu attribuer plus de 75 % de réponses positives, à l'exception du Plan d'assurance médicale primaire de l'ONUDI, pour lequel le degré de consensus n'a été que de 68 %. La figure XIII présente les résultats du sondage ventilés par régime d'assurance maladie.

Figure XIII  
**Degré de consensus des sondés sur le sentiment de dignité et de respect à leur égard lors de discussions concernant les remboursements liés à des soins de santé mentale**



Source : Sondage mondial sur les régimes d'assurance maladie dans le système des Nations Unies réalisé par le CCI en 2023.

## V. Déclaration, financement et incidences budgétaires du passif et des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

204. Le présent chapitre comporte deux parties. La première rappelle brièvement la genèse du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, et fait le point sur la déclaration et la comptabilisation des engagements à long terme qui en résultent aujourd'hui ; la seconde est consacrée au financement et à la budgétisation des charges à payer au titre dudit passif pour garantir la viabilité financière à plus longue échéance des régimes d'assurance maladie. Les sources de financement possibles, les stratégies envisageables et leur logique, ainsi que l'incidence de la méthode de financement sans capitalisation sur la transparence du processus budgétaire sont également passées en revue.

### A. Situation relative à la déclaration du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

205. **Le droit à l'assurance maladie après la cessation de service est une obligation contractuelle qui génère des engagements à long terme pour les organisations.** En décembre 1966, l'Assemblée générale a approuvé, à sa 1501<sup>e</sup> séance plénière, la mise en place d'un programme d'assurance maladie après la cessation de service. Défini comme une obligation au titre des prestations définies<sup>118</sup>, ce programme consiste à offrir une couverture d'assurance maladie subventionnée aux fonctionnaires retraités des organisations internationales et aux membres de leur famille, qui tous doivent satisfaire à certains critères d'admissibilité pour en bénéficier, ainsi qu'il est expliqué dans d'autres parties du présent rapport. Le droit à l'assurance maladie après la cessation de service relève, depuis cette date, d'une obligation contractuelle qui fait partie des avantages liés à la rémunération du personnel des Nations Unies et représente une composante essentielle de ses droits en matière de sécurité sociale. L'assurance maladie après la cessation de service génère, pour les organisations, des engagements à long terme correspondant à leur part des versements qu'elles devront ultérieurement effectuer au titre des primes d'assurance maladie ou des demandes de remboursement soumises par les bénéficiaires, ces versements étant considérés comme une forme de rémunération différée. À l'instar des pensions et autres droits à prestations après la cessation de service, il s'agit de sommes dues par une organisation aux fonctionnaires qu'elle employait ou à leurs bénéficiaires en tant que prestations qu'ils ont acquises lorsqu'ils étaient en activité dans le cadre de leur régime d'assurance maladie, mais qui ne sont payables qu'à compter de leur départ à la retraite.

206. **La comptabilisation dans les états financiers des éléments du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service est désormais pratique courante dans l'ensemble du système des Nations Unies**<sup>119</sup>. Leur déclaration s'explique par la nécessité de donner aux utilisateurs des états financiers, à savoir les organes directeurs et les organes délibérants, les États Membres, les donateurs et les membres du personnel, des informations

<sup>118</sup> Selon les normes IPSAS, les régimes d'avantages postérieurs à l'emploi sont classés en régimes à cotisations définies ou en régimes à prestations définies. Dans le cadre d'un régime à cotisations définies, l'obligation de l'entité est limitée au montant qu'elle accepte de verser au fonds d'assurance. Pour un régime à prestations définies tel que l'assurance maladie après la cessation de service, l'obligation consiste à fournir aux fonctionnaires retraités les prestations dont il a été convenu, conformément aux règles fixées en la matière. La différence entre un régime à cotisations définies et un régime à prestations définies réside aussi dans la répartition des risques. Dans un régime à prestations définies, l'employeur ou le régime d'assurance supporte le risque actuariel (c'est-à-dire la possibilité que les prestations soient d'un coût plus élevé que prévu) et le risque d'investissement (c'est-à-dire la probabilité de subir des pertes par rapport au rendement escompté des investissements du fonds d'assurance maladie après la cessation de service). À l'inverse, un régime à cotisations définies fait peser tous les risques sur le personnel employé par l'organisation.

<sup>119</sup> Le Comité des commissaires aux comptes a recommandé de présenter intégralement dans les états financiers les éléments du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service bien avant que les entités des Nations Unies n'adoptent les normes IPSAS comme normes comptables (voir la résolution [A/57/201](#)).

transparentes concernant la nature et le niveau des prestations d'assurance maladie constituées après la cessation de service et leur incidence sur la situation financière de l'entité concernée. Dans sa résolution 58/249, l'Assemblée générale avait prié le Secrétaire général de lui communiquer le montant total du passif non provisionné que représentaient pour l'Organisation et les fonds et programmes des Nations Unies les prestations payables à la cessation de service<sup>120</sup>. Lors de l'examen du rapport du Secrétaire général<sup>121</sup> et du rapport correspondant du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>122</sup>, l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général, dans sa résolution 60/255, de « faire le nécessaire pour que ces éléments de passif [les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service]», et, partant, les éléments du passif au titre de ladite assurance, apparaissent dans les états financiers de l'Organisation, ce qui a été fait pour la première fois dans les états financiers relatifs à l'exercice biennal clos le 31 décembre 2007<sup>123</sup>. Au niveau de l'ensemble du système des Nations Unies, la comptabilisation des éléments de passif dans les états financiers, qui a démarré en 2008, s'est accélérée avec l'adoption des normes IPSAS et constitue à présent une pratique courante.

207. **L'estimation des éléments du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service fait appel à une méthode d'évaluation actuarielle et s'appuie sur un ensemble d'hypothèses communément admises.** Étant donné l'incertitude qui entoure les paiements pour ce qui est de leur échéance et de leur montant, et sachant qu'ils dépendent de divers facteurs tels que la mortalité et le renchérissement des coûts médicaux, l'innovation médicale et l'évolution du recours aux soins de santé, les éléments du passif au titre de cette assurance doivent faire l'objet d'une estimation qui en tienne compte. Ils sont, pour ce faire, calculés à l'aide d'une méthode d'évaluation actuarielle<sup>124</sup> et sur la base de certaines hypothèses<sup>125</sup>, de façon à pouvoir estimer la valeur actuelle<sup>126</sup> des prestations que les membres du personnel ont précédemment acquises et continuent d'acquérir au fil de leurs années de service.

208. **Hypothèses démographiques et financières.** Comme le préconisent – sans pour autant l'exiger – les normes IPSAS<sup>127</sup>, toutes les organisations font appel à des actuaires qualifiés pour évaluer leurs obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Afin de veiller à la cohérence et à la comparabilité des régimes d'assurance maladie des Nations Unies sur lesquels a porté l'étude menée par le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service créé par le Secrétaire général à la demande de l'Assemblée générale, il a été décidé de chercher à normaliser les hypothèses retenues<sup>128</sup>.

<sup>120</sup> À l'époque, les éléments de passif figuraient uniquement dans les notes jointes aux états financiers (au lieu d'être comptabilisés dans l'état de la situation financière).

<sup>121</sup> A/60/540 et A/60/450/Corr.1.

<sup>122</sup> A/60/7/Add.11.

<sup>123</sup> A/63/5 (Vol. I).

<sup>124</sup> La norme IPSAS 39 – *Avantages du personnel* prescrit d'utiliser, aux fins du calcul et de la comptabilisation des éléments du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, une technique actuarielle spécifique appelée méthode des unités de crédit projetées (par. 59 a) i) et 69), qui repose sur l'hypothèse que les prestations d'assurance maladie de chaque membre du personnel s'acquerraient tout au long de sa carrière, de sorte que chaque période de service génère une unité supplémentaire de droit à prestations. La méthode consiste à estimer la valeur actuelle des prestations futures d'assurance maladie de chaque membre du personnel en actualisant les paiements futurs attendus à l'aide d'un taux d'actualisation approprié.

<sup>125</sup> IPSAS 39, par. 77 à 100.

<sup>126</sup> Le montant des obligations est déterminé selon leur valeur actuelle obtenue par application d'un taux d'actualisation, étant donné que leur règlement peut intervenir de nombreuses années après que les membres du personnel ont rendu les services à l'origine de l'acquisition du droit à l'assurance maladie après la cessation de service.

<sup>127</sup> IPSAS 39, par. 61.

<sup>128</sup> À cet effet, il a été recommandé en 2015 (document A/70/590, par. 54) que le « Groupe de travail des normes comptables mette au point une méthode d'évaluation actuarielle des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qui serait commune à tous les organismes des Nations Unies », recommandation qui a ensuite été approuvée par l'Assemblée générale dans sa résolution 70/248 B et complétée par le troisième rapport du Secrétaire général sur l'assurance maladie après la cessation de service (document A/73/662), publié le 19 décembre 2018. Le Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service a été créé par le

Ces hypothèses sont fondées sur les attentes du marché pour la période sur laquelle le règlement des obligations est dû et doivent être exemptes de parti pris et mutuellement compatibles – autrement dit, elles ne doivent être ni imprudentes ni excessivement conservatrices<sup>129</sup>. Elles sont présentées dans les états financiers conformément aux normes IPSAS et comportent :

- Des hypothèses financières et économiques, telles que les taux d'actualisation, les taux de change, les hausses salariales, les niveaux de prestations, les taux d'inflation et les indices tendancielles relatifs au coût des services médicaux, qui traduisent les projections relatives à l'inflation, les progrès technologiques, les tendances en termes de recours aux soins de santé et les transferts de coûts depuis ou vers des programmes sociaux ;
- Des hypothèses démographiques, telles que les tables de mortalité et d'invalidité, les taux de départ à la retraite, les taux de départ avant la retraite et les taux d'ajustement des pensions. (Ces tables et tableaux ont été élaborés de la même manière que ceux de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.)

209. **Une méthode d'évaluation commune à l'ensemble du système des Nations Unies a été élaborée en 2018 dans un souci de cohérence entre les organisations.** Conformément au Mémoire établi en date du 17 janvier 2023 par le Président du Groupe de travail des normes comptables du système des Nations Unies concernant les hypothèses actuarielles communes pour les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour l'exercice 2022, les hypothèses démographiques retenues aux fins de l'évaluation de l'assurance maladie après la cessation de service sont actuellement les mêmes que celles utilisées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (pour ce qui est, par exemple, des taux de mortalité, des taux de départ avant la retraite, des taux de départ à la retraite et de la situation de famille)<sup>130</sup>. Abstraction faite de certaines hypothèses propres à chaque régime telles que les taux de couverture du conjoint, les taux de participation aux régimes et les taux de renouvellement du personnel, toutes les entités participantes, à l'exception de l'UPU, déterminent leurs charges respectives en la matière à partir du même ensemble d'hypothèses actuarielles de base, ce qui permet d'obtenir une comparaison pertinente des éléments de passif de toutes les organisations onusiennes et de celles qui gravitent à l'extérieur du système des Nations Unies, comme l'exigent les normes IPSAS.

210. **En décembre 2021, le montant total du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service s'établissait à 20,3 milliards de dollars<sup>131</sup>, 5 entités participantes représentant les deux tiers de cette somme et 11 totalisant 90 % de celle-ci.** Les estimations les plus récentes (2021) concernant les éléments du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, telles qu'elles ont été communiquées par les entités participantes, sont présentées dans le tableau ci-après. Il apparaît ainsi que plus d'un quart du passif total provient au Secrétariat de l'ONU et que les cinq premières organisations représentent les deux tiers de ce total.

---

Secrétaire général sous les auspices du réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion relevant du CCS, conformément à la résolution 68/244 de l'Assemblée générale.

<sup>129</sup> L'examen n'a pas porté sur le respect de ces exigences et normes comptables, les commissaires aux comptes étant seuls responsables de la validation des éléments de passif présentés dans les états financiers.

<sup>130</sup> A/61/730, par. 21.

<sup>131</sup> Chiffre établi sur la base des rapports financiers 2021 des entités participantes, à partir (pour autant que ces données soient disponibles) des éléments de passif non courants au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

Tableau 17  
**Éléments du passif au titre de l'assurance maladie après la cessation de service –  
situation au 31 décembre 2021<sup>a</sup>**

<i>Entité participante</i>	<i>Total (en dollars)</i>	<i>Pourcentage du total</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
Secrétariat de l'ONU (y compris la CNUCED et l'UNRWA <sup>b</sup> )	5 414 808 000	26,6	26,6
OMS	2 555 000 000	12,6	39,2
OIT	1 991 875 000	9,8	49,0
UNICEF	1 648 546 000	8,1	57,1
FAO	1 362 312 000	6,7	63,8
HCR	1 200 464 000	5,9	69,7
PNUD	1 168 732 000	5,7	75,4
PAM	892 000 000	4,4	79,8
OMPI	633 538 547	3,1	82,9
UIT	609 649 162	3,0	85,9
UNESCO	606 585 000	3,0	88,9
FNUAP	362 836 000	1,8	90,7
AIEA	345 937 568	1,7	92,4
ONUDI	243 424 973	1,2	93,6
ONUSIDA	236 436 768	1,2	94,8
PNUE	232 250 000	1,1	95,9
ITC	164 783 000	0,8	96,7
OACI	119 997 726	0,6	97,3
ONU-Femmes	103 042 000	0,5	97,8
ONUDC	101 562 000	0,5	98,3
UNOPS	87 600 000	0,4	98,8
OMM	83 235 754	0,4	99,2
OMI	54 216 255	0,3	99,4
UPU	46 986 439	0,2	99,7
ONU-Habitat	34 513 000	0,2	99,8
ONU Tourisme	33 960 703	0,2	100,0
UNRWA	771 000	0,0	100,0
<b>Total général</b>	<b>20 335 062 895</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Compilation du CCI.

<sup>a</sup> Comme indiqué dans les rapports financiers 2021 des entités participantes. Selon le taux de change opérationnel des Nations Unies au 30 juin 2023.

<sup>b</sup> Pour les postes de fonctionnaires recrutés sur le plan international émergeant au budget ordinaire de l'ONU.

211. **La prudence est de rigueur en ce qui concerne les évaluations, car elles fluctuent grandement en fonction de l'évolution des hypothèses.** Il importe de souligner que les évaluations, soumises aux fluctuations dictées par l'évolution des hypothèses, doivent être prises en compte avec prudence ; elles représentent simplement la meilleure estimation établie par une entité à la fin de chaque période considérée, de sorte qu'il ne faut y voir qu'une indication des futurs versements à effectuer et peuvent, le cas échéant, être un outil susceptible de guider les décisions à prendre quant à la stratégie globale à adopter en termes d'affectation de fonds pour faire face à ces obligations. Aussi le financement des

engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ne doit-il pas nécessairement, de l'avis de l'Inspecteur, tendre à 100 % lorsqu'il s'appuie sur des contributions statutaires, d'une part au motif qu'il faut éviter une surévaluation des besoins et un surfinancement inutiles, et d'autre part parce que des pourcentages plus réalistes et plus abordables peuvent également permettre d'atteindre l'objectif ultime du financement de ces charges à long terme, qui est essentiellement de ne pas devoir faire face à de graves contraintes financières ou budgétaires lorsque les paiements deviennent exigibles alors même que la capacité ou la volonté des États Membres de combler les déficits est limitée<sup>132</sup>. Cela étant, pour les programmes financés par des contributions volontaires, le coût total de l'assurance maladie après la cessation de service devrait être pris en compte dans ces contributions à mesure que les charges y afférentes se constituent, les donateurs n'ayant aucune responsabilité financière à l'égard des entités concernées une fois mené à bien le programme ou le projet auquel ils ont alloué des fonds.

**212. L'évolution récente des marchés financiers a confirmé la fluctuation des évaluations en fonction des variations auxquelles sont soumises les hypothèses, la progression constante des taux d'actualisation ayant eu des retombées positives sur les régimes d'assurance.** C'est le constat qui ressort des états financiers pertinents et des études qui ont été consultées concernant les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service<sup>133</sup>. À mesure que l'économie mondiale se stabilise et que l'inflation et les taux d'intérêt se tassent, on peut toutefois s'attendre à ce que cette tendance s'inverse, ce qui entraînera une hausse du même ordre des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Cette volatilité doit être prise en compte lors de la détermination des mesures à prendre si les fonds ou les éléments d'actif de l'assurance maladie après la cessation de service venaient à approcher ou à excéder le montant des engagements correspondants pendant un certain temps, comme c'est le cas pour les régimes qui ont déjà atteint un taux de financement de 100 %.

## **B. Financement et budgétisation de l'assurance maladie après la cessation de service**

### **1. État de financement**

**213. Si la déclaration des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ne pose plus problème, leur financement reste un objectif qui n'a toujours pas été atteint, puisqu'il est d'à peine 31 % à ce jour.** Il convient de souligner que la comptabilisation de ces engagements dans les états financiers ne dépend pas des sources de financement des organisations, ni même de la simple existence de moyens permettant de les financer : même en l'absence d'une réserve spécifique ou d'une source de revenus dédiée à leur financement, ces engagements doivent être comptabilisés, c'est-à-dire inscrits dans les comptes, sur la base des prestations acquises par les fonctionnaires durant la

<sup>132</sup> Cette approche est celle que le Secrétaire général a suivie dans son rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (document [A/76/373](#)), comme le précise le paragraphe 26 du rapport du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires (document [A/76/579](#)) (« [Le Comité] a été informé [par le Secrétariat] que la proposition relative au financement partiel [75 %] des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service tenait au fait que les prévisions relatives au montant futur des engagements fluctueraient en fonction de l'évolution des hypothèses démographiques et économiques utilisées dans les projections actuarielles et qu'un financement intégral n'avait pas été envisagé de façon à atténuer la possibilité que les engagements soient financés au-delà de ce qui était nécessaire »). La même préoccupation concernant l'instabilité de ces calculs a été précédemment soulevée par le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires (document [A/73/792](#), par. 24) et est à l'origine de la proposition appelant à réexaminer la cotisation à prélever sur la masse salariale tous les trois ans que le Secrétaire général a présentée dans ses rapports sur l'assurance maladie après la cessation de service (voir, par exemple, le document [A/76/373](#), par. 77 c)).

<sup>133</sup> Selon le Comité des commissaires aux comptes ([A/78/5 \(Vol. I\)](#)), les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ont atteint pour l'ONU un point culminant en 2020 et sont depuis en recul. Sur le seul exercice 2022, ils ont diminué de 23,3 % par rapport à 2021, passant de 7,24 à 5,55 milliards de dollars. Les rapports financiers annuels et les études actuarielles d'autres entités participantes affichent des résultats similaires.

période considérée. Si leur déclaration ne constitue plus un problème, leur financement reste néanmoins un objectif qui n'a toujours pas été atteint dans la plupart des entités participantes : en effet, le pourcentage des engagements combinés actuellement financés est d'à peine 31 %, comme le montre le tableau 18<sup>134</sup>. Comparativement aux chiffres renseignés en la matière dans le précédent rapport du CCI en 2007, la part financée des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service s'est cependant améliorée dans la plupart des entités participantes pour lesquelles des données ont pu être obtenues.

Tableau 18

**État de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service au 31 décembre 2021<sup>a</sup> par rapport aux montants indiqués dans l'examen réalisé par le CCI en 2007 concernant la couverture médicale du personnel des entités des Nations Unies<sup>b</sup>**

<i>Entité participante</i>	<i>Montant des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service figurant dans le rapport 2007 du CCI (en dollars)</i>	<i>Montant des engagements déclarés au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à la fin de l'exercice 2021 (en dollars)</i>	<i>Montant du financement réservé pour les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service en 2021 (en dollars)</i>	<i>Pourcentage des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service financés en 2021</i>	<i>Pourcentage des engagements financés au titre de l'assurance maladie après la cessation de service indiqué dans le rapport établi par le CCI en 2007</i>
AIEA	80 900 000	345 937 568	219 058	0,1	0,0
FAO	562 200 000	1 362 312 000	600 925 000	44,1	32,0
FNUAP	Aucune information	362 836 000	336 179 000	92,7	0,0
HCR	136 100 000	1 200 464 000	468 300 000	39,0	0,0
ITC	Aucune information	164 783 000	13 966 000	8,5	Aucune information
OACI	32 500 000	119 997 726	1 137 225	0,9	0,0
OIT	474 000 000	1 991 875 000	27 593 000	1,4	0,0
OMI	Aucune information	54 216 255	11 757 962	21,7	Aucune information
OMM	12 100 000	83 235 754	0	0,0	11,0
OMPI	43 200 000	633 538 547	221 363 437	39,0	0,0
OMS	371 200 000	2 555 000 000	1 298 000 000	50,8	68,0
ONUDC	Aucune information	101 562 000	53 541 000	52,7	Aucune information
ONUDI	59 100 000	243 424 973	0	0,0	0,0
ONU-Femmes	s.o.	103 042 000	106 600 000	103,5	s.o.
ONU-Habitat	Aucune information	34 513 000	Aucune information	Aucune information	Aucune information
ONU Tourisme	Aucune information	33 960 703	2 847 755	8,4	Aucune information
PAM	Aucune information	892 000 000	892 000 000	100,0	Aucune information
PNUD	263 200 000	1 168 732 000	1 007 850 000	86,2	51,0
PNUE	Aucune information	232 250 000	72 932 000	31,4	Aucune information
Secrétariat de l'ONU (y compris la CNUCED et l'UNRWA <sup>c</sup> )	1 484 900 000	5 414 808 000	138 048 000	2,5	2,0
UIT	185 100 000	609 649 162	14 525 140	2,4	0,0
UNESCO	322 600 000	606 585 000	36 500 000	6,0	0,0

<sup>134</sup> L'OMS a été la première organisation à reconnaître la nécessité de provisionner l'assurance maladie après la cessation de service et a entrepris de financer les engagements y afférents par des cotisations annuelles spéciales en 1989.

Entité participante	Montant des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service figurant dans le rapport 2007 du CCI (en dollars)	Montant des engagements déclarés au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à la fin de l'exercice 2021 (en dollars)	Montant du financement réservé pour les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service en 2021 (en dollars)	Pourcentage des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service financés en 2021	Pourcentage des engagements financés au titre de l'assurance maladie après la cessation de service indiqué dans le rapport établi par le CCI en 2007
UNICEF	182 500 000	1 648 546 000	724 133 000	43,9	22,0
UNOPS	Aucune information	87 600 000	112 200 000	128,1	Aucune information
UNRWA <sup>d</sup>	Aucune information	771 000	0	0,0	Aucune information
UPU	Aucune information	46 986 439	0	0,0	Aucune information
<b>Total</b>		<b>20 335 062 895</b>	<b>6 306 795 490</b>	<b>31,0</b>	

Source : Compilation du CCI établie à partir des états financiers des entités participantes.

<sup>a</sup> Calculés sur la base du taux de change opérationnel des Nations Unies au 30 juin 2023 et en tenant compte des passifs non courants (lorsque ces données étaient disponibles).

<sup>b</sup> Calculés sur la base de diverses années ayant fait l'objet d'une étude actuarielle (entre 1999 et 2004).

<sup>c</sup> Pour les postes de fonctionnaires internationaux émargeant au budget ordinaire de l'ONU.

<sup>d</sup> Pour les postes de fonctionnaires recrutés sur le plan international émargeant au budget ordinaire de l'ONU.

**214. Depuis les années 1990, les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service constituent un problème qui touche l'ensemble du système des Nations Unies, inscrit comme tel à l'ordre du jour des travaux des organes directeurs, du CCS et des commissaires aux comptes.** La nécessité de définir et mettre en œuvre un mécanisme de financement de ces engagements continue de faire l'objet de longues discussions, tant au sein des entités des Nations Unies qu'entre elles<sup>135</sup>. À cet égard, le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires avait soulevé cette question dès 1997 dans son examen du projet de budget-programme des Nations Unies pour l'exercice biennal 1998-1999<sup>136</sup>, et avait recommandé que le Secrétaire général tienne compte des conséquences et des effets à long terme de la croissance de ces engagements à l'échelle du système<sup>137</sup>. Le Comité des commissaires aux comptes, dans un rapport succinct daté du

<sup>135</sup> En 2017, le HCR a publié un document de séance sur l'assurance maladie après la cessation de service (consultable à l'adresse <https://www.unhcr.org/au/media/funding-after-service-health-insurance-and-repatriation-benefit-liabilities>), tandis que le Secrétariat de l'OIT a informé son organe directeur des travaux menés par le groupe de travail créé par le Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion relevant du CCS en vue d'étudier cette question dans une perspective englobant l'ensemble du système des Nations Unies, ainsi que des résultats des travaux du Comité de gestion de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel de l'OIT portant sur la maîtrise des coûts (document GB.329/PFA/4). Le Comité du programme et budget de l'OMPI a recommandé aux assemblées de ses États membres de prier le Secrétariat de continuer à participer au Groupe de travail susmentionné sur l'assurance maladie après la cessation de service et d'assurer le suivi des propositions spécifiques qui [seraient] présentées par le Secrétaire général [aux sessions respectives de] l'Assemblée générale des Nations Unies (documents WO/PBC/26/6 et WO/PBC/28/11). À la quarantième session (2019) de sa Conférence générale, l'UNESCO a fait rapport sur le financement de l'assurance maladie après la cessation de service (rapport de la Directrice générale sur la situation de la Caisse d'assurance maladie et sa structure de gouvernance, document 40 C/51). À sa session de 2022, elle a examiné l'état du financement des engagements dans l'ensemble du système des Nations Unies, ainsi que les principes et options quant à leur financement (voir le plan de financement à long terme de l'assurance maladie après la cessation de service, document 214 EX/16).

<sup>136</sup> A/52/7/Rev.1, partie X, par. X.25.

<sup>137</sup> Le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a réaffirmé en 2013 que les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernaient l'ensemble du système des Nations Unies. Il a noté que « le financement des prestations de l'assurance maladie après la cessation de service [était] une question qui préoccup[ait] l'ensemble du système et ... qu'à long terme, la meilleure solution consisterait à adopter, à l'échelle du système, une démarche... » (A/68/550), ce qui a amené l'Assemblée générale, dans sa résolution 68/244, à prier le Secrétaire général « d'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du

27 juin 2001<sup>138</sup>, avait pour sa part « noté que la plupart des organisations n'avaient pas pris de dispositions concernant le passif éventuel au titre des prestations des fonctionnaires et de l'assurance maladie après la cessation de service »<sup>139</sup>, et avait par conséquent « recommandé que l'ONU et ses divers fonds et programmes examinent le mécanisme de prise en compte du montant des prestations payables à la cessation de service et les objectifs en la matière ».

**215. En dépit de multiples propositions et de longues discussions, l'Assemblée générale n'est pas encore parvenue à un accord sur le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils naissent.** Dans sa résolution 58/249, l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général de lui proposer des mesures visant à assurer progressivement le financement intégral de ces éléments de passif. Répondant à cette demande, le Secrétaire général a publié, le 27 octobre 2005, le premier de ses huit rapports sur l'assurance maladie après la cessation de service<sup>140</sup>, dans lequel il a recommandé « de mettre en place des mesures de financement à long terme qui permettr[ai]ent de faire face au montant prévisible des cotisations et à leurs fluctuations éventuelles. Ainsi des fonds d'un montant suffisant pour[ai]ent être régulièrement mis de côté pour faire face au coût des prestations dues aux bénéficiaires actuels et futurs ». Toutefois, l'Assemblée générale n'a pris aucune décision concernant les mesures proposées à l'époque<sup>141</sup> et n'a entériné à ce jour aucune des propositions ultérieures du Secrétaire général visant à financer l'assurance maladie après la cessation de service<sup>142</sup>.

**216. La méthode sans capitalisation demeure le modèle de financement adopté par la moitié des entités participantes.** À l'exception des postes de fonctionnaires financés par des fonds extrabudgétaires, dont les obligations qu'ils génèrent sont couvertes par une charge salariale supportée par les donateurs dans certaines organisations, et nonobstant toutes les discussions antérieures et les nombreuses années qui se sont écoulées depuis que la question a été abordée pour la première fois, le fait est que, pour la moitié des 28 entités participantes, l'assurance maladie après la cessation de service continue d'être financée sans capitalisation, méthode en vertu de laquelle les fonds servent uniquement à régler les demandes de remboursement de frais médicaux des retraités actuels (pour les régimes auto-assurés) ou la

---

personnel des Nations Unies [...] en vue d'y inclure [...] l'administration ... des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service » et « de réaliser une étude des régimes d'assurance maladie actuellement proposés au personnel actif et aux retraités des organismes des Nations Unies ». Cependant, les décisions de l'Assemblée générale n'étant pas contraignantes pour les autres entités des Nations Unies, les recommandations du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires approuvées par l'Assemblée générale doivent être présentées aux organes directeurs pour évaluation et approbation formelles (document [A/71/698](#), par. 8). Le fait que l'assurance maladie après la cessation de service intéresse l'ensemble du système des Nations Unies se manifeste également par le positionnement qu'ont pris certaines organisations, comme le montre l'annexe II du rapport du Secrétaire général (document [A/64/366](#)) ; douze ans après que le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires eut recommandé, sans succès, à l'Assemblée générale d'examiner les conséquences et les effets à long terme de la croissance des engagements à l'échelle du système, l'AIEA, le FNUAP, l'ITC, le HCR, l'OACI, l'OIT, l'OMM, l'ONUDI, le PNUE, l'UIT, l'UNOPS, l'UNESCO et l'UNRWA n'ont constitué aucune réserve à cette fin ni prévu de financer les charges créées au titre dudit régime d'assurance, dans l'attente de décisions de l'Assemblée générale qui éclaireraient leurs propres discussions sur le sujet ; en revanche, la FAO, l'OMPI, le PAM, le PNUD et l'UNICEF ont partiellement financé leurs engagements.

<sup>138</sup> [A/57/201](#).

<sup>139</sup> Selon le Comité des commissaires aux comptes, au cours de l'exercice biennal 2000-2001, le PNUD a, pour la première fois, constaté par régularisation une charge de 54 millions de dollars au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, qui ne représentait pourtant que 21 % du passif estimé, lequel s'élevait à 256 millions de dollars, tandis que les engagements estimés au 31 décembre 2001 pour le FNUAP (59,7 millions de dollars), le HCR (228 millions de dollars), l'ONU (1,44 milliard de dollars), l'UNOPS (38,9 millions de dollars), l'UNICEF (196,4 millions de dollars) et l'UNRWA (143,6 millions de dollars) ne faisaient l'objet d'aucun financement par capitalisation.

<sup>140</sup> Documents [A/60/450](#) et [A/60/450/Corr.1](#).

<sup>141</sup> Résolution 60/255 de l'Assemblée générale.

<sup>142</sup> On trouvera à l'annexe III un bref résumé des propositions du Secrétaire général, des rapports du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires, et des résolutions de l'Assemblée générale sur les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

part des cotisations incombant aux organisations (pour les régimes d'assurance relevant du secteur privé).

217. **L'OIT, l'OMS et le Secrétariat de l'ONU représentent 61 % des obligations non financées.** Ainsi qu'il ressort du tableau 18, le FNUAP, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le PAM, le PNUD et l'UNOPS sont les cinq organisations dont les obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sont entièrement ou partiellement financées à un taux avoisinant ou dépassant 85 % ; cinq entités (la FAO, l'OMS, l'ONUDC, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'UNICEF) ont accumulé une réserve représentant entre 40 % et 60 % de leurs obligations, et quatre (le HCR, l'OMI, l'OMPI et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE)) ont constitué une réserve comprise entre 20 % et 40 %. Les 13 autres entités participantes n'ont pas mis de côté de fonds importants (moins de 10 %) à cet effet ; le plus souvent, elles n'ont même strictement rien prévu. Dans l'ensemble, comme indiqué plus haut, le niveau de financement de l'assurance maladie après la cessation de service s'établissait à 31 % au 31 décembre 2021, tandis que les obligations non financées s'élevaient à 14 milliards de dollars – à raison de 37,6 % pour le Secrétariat de l'ONU, 14 % pour l'OIT et 9 % pour l'OMS. Toutes les autres organisations entrent pour 7 % ou moins dans le passif total au titre de cette assurance.

218. **Si aucune décision n'est prise, le risque d'une crise financière susceptible de compromettre l'exécution des mandats ira en s'aggravant.** Pour le Secrétariat de l'ONU et selon le dernier rapport du Secrétaire général sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service, la méthode de financement sans capitalisation s'est traduite par des obligations non financées de plus en plus importantes, dont le montant total devrait atteindre 20,2 milliards de dollars d'ici à 2052<sup>143</sup>. Elle a également eu pour effet d'accroître les allocations budgétaires annuelles destinées à l'assurance maladie après la cessation de service, qui devraient atteindre, en valeur actuelle, quelque 499,7 millions de dollars d'ici à 2051, soit plus de quatre fois le montant actuellement requis, alors que le nombre de bénéficiaires dudit régime serait multiplié d'ici là par 2,4, passant de 16 143 personnes à 38 101 personnes<sup>144</sup>. Si rien n'est fait, l'ampleur de la crise financière qui s'annonce est facile à prévoir, sachant que 500 millions de dollars (en valeur actuelle et non en valeur 2051) équivalent à près de 15 % du budget ordinaire de l'ONU pour 2023. L'examen a révélé que les entités ne disposaient même pas d'estimations régulières à long terme de leurs obligations au titre de cette assurance, et encore moins des effets que pourrait avoir la méthode de financement sans capitalisation sur les budgets futurs ; il a aussi permis de constater que plusieurs organisations, comme le FNUAP, le HCR, l'OMS, le PNUD, ONU-Femmes et l'UNOPS, avaient en revanche approuvé et mis en œuvre une stratégie ou un projet en ce sens, et qu'une initiative similaire était actuellement à l'étude à l'AIEA, à la FAO et à l'UNESCO<sup>145</sup>.

<sup>143</sup> Document [A/76/373](#), tableau 3.

<sup>144</sup> Ibid., par. 20.

<sup>145</sup> Voir, par exemple, le document 217 EX/28 du Conseil exécutif de l'UNESCO, qui présente à la Conférence générale une proposition de financement des engagements non provisionnés de l'UNESCO au titre de l'assurance maladie après la cessation de service consistant à harmoniser le mécanisme actuel en appliquant le même taux pour le budget ordinaire que celui appliqué pour les contributions volontaires.

Tableau 19

**Pratiques actuelles de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans les entités participantes**

<i>Entité participante</i>	<i>Méthode sans capitalisation</i>	<i>Méthode par capitalisation</i>	<i>Autres sources de financement</i>
AIEA	Oui, pour le personnel émargeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	
FAO	Oui, pour le personnel émargeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	Allocations budgétaires occasionnelles affectées à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
FNUAP	Non	Oui	Allocation forfaitaire affectée à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service Portefeuille d'investissements
HCR	Non	Oui	Portefeuille d'investissements
ITC	Oui, pour le personnel émargeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	
OACI	Oui	Non	Allocation budgétaire forfaitaire affectée à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
OIT	Oui, pour le personnel émargeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	Allocations budgétaires occasionnelles affectées à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
OMI	Oui, pour le personnel émargeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	Allocations budgétaires occasionnelles affectées à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
OMM	Non	Oui	
OMPI	Non	Oui	
OMS	Oui	Non	Excédent de cotisations Portefeuille d'investissements
ONUDC	Oui, pour le personnel émargeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	
ONUDI	Oui	Non	
ONU-Femmes	Non	Oui	Portefeuille d'investissements
ONU-Habitat	Non	Oui	
ONUSIDA	Oui	Non	Allocations occasionnelles affectées à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service

<i>Entité participante</i>	<i>Méthode sans capitalisation</i>	<i>Méthode par capitalisation</i>	<i>Autres sources de financement</i>
ONU Tourisme	Oui	Non	Portefeuille d'investissements Allocations budgétaires occasionnelles affectées à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
PAM	Non	Oui	
PNUD	Non	Oui	Allocation forfaitaire affectée à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
PNUE	Non	Oui	Portefeuille d'investissements
Secrétariat de l'ONU, y compris la CNUCED et l'UNRWA <sup>a</sup>	Oui, pour le personnel émergeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	
UIT	Oui	Non	Allocations occasionnelles affectées à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
UNESCO	Oui, pour le personnel émergeant au budget ordinaire	Oui, pour le personnel financé par des ressources extrabudgétaires	Allocation forfaitaire affectée à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
UNICEF	Non	Oui, 5 % pour le personnel recruté sur le plan international et 4 % pour le personnel recruté localement	Portefeuille d'investissements Allocation budgétaire forfaitaire affectée à une réserve pour l'assurance maladie après la cessation de service
UNOPS	Non	Oui	Portefeuille d'investissements
UNRWA <sup>b</sup>	Oui	Non	
UPU	Oui	Non	

*Source* : Compilation du CCI.

<sup>a</sup> Pour les postes de fonctionnaires recrutés sur le plan international émergeant au budget ordinaire de l'ONU.

<sup>b</sup> Pour les postes de fonctionnaires recrutés sur le plan international n'émergeant pas au budget ordinaire de l'ONU.

## 2. Financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service : sources, stratégies et justification

219. **Les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service devraient être financés à mesure qu'ils naissent, mais la source et le rythme de financement dépendent de circonstances propres à chaque entité.** À l'instar de toute autre obligation, les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service doivent normalement être financés par des sources autres que l'organisation, à savoir des contributions statutaires, des dons ou contributions volontaires, des redevances ou des revenus de la propriété, mais ils peuvent aussi être financés en interne, à partir de réserves

accumulées, voire par des fonds non dépensés provenant de crédits qui sont actuellement ou ont été précédemment ouverts, si les règles et règlements applicables l'autorisent ou si l'organe directeur ou délibérant compétent en a ainsi ponctuellement décidé<sup>146</sup>. Cette diversité d'options, ainsi que la spécificité des profils démographiques des différents régimes d'assurance maladie, expliquent que, « tout en étant conscient que le financement de ces engagements est une question qui intéresse l'ensemble du système, le Groupe de travail [sur l'assurance maladie après la cessation de service] est d'avis qu'il n'est peut-être pas nécessaire ni possible de la résoudre en adoptant une démarche unique et globale »<sup>147</sup>.

**220. Utilisation des réserves générées par les cotisations (excédentaires) d'assurance maladie versées par les bénéficiaires.** Dès lors que le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service revient à fournir les fonds correspondant à la part des cotisations ou du coût de l'assurance que supportent les entités, les réserves générées par les cotisations (excédentaires) acquittées par les bénéficiaires ne devraient pas être utilisées à cette fin, car cela signifierait que les assurés, censés être ceux à qui profitent les subventions allouées par l'employeur pour ladite assurance, subventionneraient à leur tour l'organisation qui les emploie et, par conséquent, paieraient leurs propres subventions. Pour la même raison, les réductions ou suspensions de cotisation accordées occasionnellement par les régimes d'assurance devraient exclure toutes sommes versées par ces derniers ou par l'organisation pour laquelle travaillent ou travaillaient les assurés. En résumé, seule la part des réserves qui a été apportée par les organisations devrait servir à financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, précisément parce qu'il s'agit de charges incombant aux entités et non aux bénéficiaires.

**221. Utilisation ponctuelle des réserves accumulées pour financer l'assurance maladie après la cessation de service afin d'éviter ou de lisser les hausses de cotisations.** Pour les organisations qui disposent d'une solide base d'actifs nets et d'excédents cumulés, le fait de ne pas prévoir de flux de trésorerie spécifique provenant de sources externes pour couvrir intégralement les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils se créent ne constitue pas ou ne doit pas nécessairement constituer un motif de préoccupation en ce qui concerne la solvabilité, ni même les liquidités de ces entités, à condition que leurs actifs revêtent un caractère approprié et soient gérés d'une manière cohérente au regard des échéances à respecter pour leurs obligations. Les entités de ce type peuvent se permettre de provisionner des réserves pour les besoins à long terme de l'assurance maladie après la cessation de service (sans exiger de contributions supplémentaires des États Membres, sans mettre en péril l'exécution de leurs mandats et sans compromettre leur stabilité financière et budgétaire) en procédant à des injections ponctuelles ou périodiques de liquidités dans le fonds concerné. C'est le cas du PNUD, qui affiche déjà un taux de financement de 89 % pour l'assurance en question, depuis qu'il a décidé d'affecter, pour financer ses engagements en la matière, une somme de 49,7 millions de dollars dans le cadre d'un transfert ponctuel provenant de son excédent accumulé en 2022. De même, la FAO, le FNUAP, ONU Tourisme et l'UIT ont également procédé de temps à autre à des réaffectations de ressources accumulées afin de pouvoir répondre à leurs besoins financiers sans solliciter des fonds supplémentaires auprès de leurs États membres (voir le tableau 19). D'autres entités, comme le FNUAP, ONU-Femmes, le PNUD, l'UNICEF et l'UNOPS, financent également leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à partir de leurs portefeuilles d'investissements, ce qui évite aux États membres d'avoir à augmenter leurs contributions tout en garantissant la solvabilité de l'organisation et en veillant à ce que leurs programmes puissent être exécutés.

**222. Les soldes budgétaires inutilisés pourraient être mis à profit dans ce même but.** Le même raisonnement vaut, *mutatis mutandis*, pour les soldes budgétaires inutilisés, qui pourraient servir à financer (partiellement) les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, comme l'a suggéré pour la première fois le Secrétaire général en 2005<sup>148</sup>, qui voyait là une solution alternative plutôt que de demander une contribution

<sup>146</sup> Toutes ces sources de financement ont été envisagées dans la première proposition de financement des engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service présentée par le Secrétaire général (A/60/450 et A/60/450/Corr.1, par. 16).

<sup>147</sup> A/71/698, par. 59.

<sup>148</sup> A/61/730, par. 30, et A/64/366, par. 12, 65, 66, 71 et 86 a) i).

spéciale aux États Membres. De l'avis de l'Inspecteur, que le règlement financier et les règles de gestion financière autorisent les chefs de secrétariat à faire usage de fonds inutilisés dans un but autre que de réduire les contributions à venir des États Membres, par exemple pour financer les engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, ou que les organes directeurs ou délibérants décident ponctuellement<sup>149</sup> d'autoriser la suspension du règlement financier et d'affecter spécifiquement à ces obligations les sommes ainsi économisées<sup>150</sup>, on ne saurait nier que ces dernières proviennent de la même source (à savoir des contributions statutaires précédemment versées) que la destination à laquelle elles sont promises et que le fait de s'en servir pour financer le régime précité d'assurance maladie a pour effet d'empêcher de futures hausses desdites contributions. Cette utilisation des fonds non dépensés est un résultat correspondant à l'optimum de Pareto en ce sens qu'elle ne porte pas préjudice aux contributeurs, les aide à s'acquitter de leurs obligations financières à long terme et stabilise ou améliore la situation financière des entités concernées. Néanmoins, comme le souligne un rapport du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>151</sup>, l'utilisation systématique des économies comme mécanisme de financement de l'assurance maladie après la cessation de service ne devrait pas être autorisée, car elle risque de favoriser une surestimation des dépenses. En ce sens, **l'Inspecteur recommande, pour éviter de planifier à l'avance l'utilisation qui pourrait être faite des économies réalisées dans le cadre du mécanisme de financement de l'assurance maladie après la cessation de service, que toutes les affectations possibles de fonds non dépensés pour les besoins dudit régime soient approuvées de manière ponctuelle par l'organe délibérant compétent.**

223. **Les contributions volontaires devraient inclure tous les coûts de l'assurance maladie après la cessation de service, sans exception.** S'agissant des organisations qui sont exclusivement ou presque entièrement financées par des contributions volontaires<sup>152</sup>, les contributions provenant de donateurs, qu'elles soient affectées ou non, devraient inclure, en tant qu'autre élément des coûts de personnel, les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service correspondant à la durée de service consacrée à la mise en œuvre du projet ou du programme qu'elles financent. C'est le cas de toutes les entités auxquelles s'applique l'article 3.12 du Règlement financier de l'ONU<sup>153</sup>, ainsi que d'autres organisations telles que l'AIEA, la FAO, l'OIT, l'OMI et le Centre du commerce international (ITC)<sup>154</sup>.

<sup>149</sup> Comme décidé par l'Assemblée générale, notamment dans sa résolution 76/272 (« [L'Assemblée générale] prend note du montant exceptionnel des fonds non dépensés du budget ordinaire pour 2021 devant être portés au crédit des États Membres et décide, sur ces fonds, d'affecter 100 millions de dollars des États-Unis à l'augmentation du Fonds de roulement, à titre exceptionnel et sans créer de précédent »).

<sup>150</sup> Le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a déconseillé cette solution (« Le Comité estime que l'emploi de soldes inutilisés à des fins totalement différentes de celles pour lesquelles les crédits ont été ouverts ne constitue pas une bonne pratique de gestion financière. Il recommande donc de ne pas déroger à l'article 5.3 du Règlement financier » (A/61/791)).

<sup>151</sup> A/60/7/Add.11, par. 17.

<sup>152</sup> Selon le rapport annuel intitulé « *Financing the United Nations Development System: Choices in Uncertain Times* (e Dag Hammarskjöld Foundation, 2023), 20,7 % des entités des Nations Unies recouraient en 2021, pour leur financement, à des contributions statutaires (13,6 milliards de dollars), 10,4 % à des contributions volontaires de base (6,8 milliards de dollars), 60,7 % à des contributions volontaires pré-affectées (40 milliards de dollars) et 8,2 % à d'autres recettes (5,3 milliards de dollars). Les contributions volontaires s'élevaient donc à 46,8 milliards de dollars, soit 71,1 % de l'ensemble des fonds.

<sup>153</sup> L'article 3.12 du Règlement financier de l'ONU régit l'acceptation de contributions volontaires qui emportent obligations financières supplémentaires à la charge de l'Organisation. L'intention du Secrétaire général de commencer à financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service par l'« inscription, à la rubrique Dépenses communes de personnel, d'une provision correspondant à [...] des traitements de base nets du personnel financé par des fonds extrabudgétaires ou des comptes spéciaux » a été annoncée à l'Assemblée générale dans son rapport A/64/366 ; ce mécanisme a été mis en application à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (A/72/5 (Vol. I), chap. IV, par. 36). Voir également le mémorandum du Contrôleur de l'ONU daté du 29 novembre 2016 portant sur l'assurance maladie après la cessation de service (ASHI) pour le personnel financé par des contributions volontaires et d'autres ressources non statutaires.

<sup>154</sup> Cet élément de coût consiste généralement en une charge salariale supportée par les donateurs eux-mêmes. Pour être suffisante, cette charge doit couvrir la totalité de l'obligation découlant du

L'examen a cependant fait ressortir que certaines entités participantes<sup>155</sup> ne tiennent pas compte de ces coûts lorsqu'elles acceptent des dons ou des contributions volontaires (voir le tableau 19). L'Inspecteur estime à cet égard que le fait d'accepter des dons sans que les dépenses au titre de l'assurance maladie après la cessation de service du personnel concerné soient répercutées sur le coût des programmes ou projets auxquels les fonds sont destinés constitue une forme de concurrence induite entre les entités qu'il conviendrait d'éviter.

224. La recommandation ci-après tend à renforcer la coordination des politiques et pratiques relatives au financement de l'assurance maladie après la cessation de service pour ce qui concerne les programmes et projets financés par des contributions volontaires.

#### **Recommandation 6**

**À compter de 2026, les chefs de secrétariat des entités des Nations Unies qui ne l'ont pas encore fait devraient veiller à ce que les contributions volontaires couvrent les engagements futurs au titre de l'assurance maladie après la cessation de service des membres du personnel occupant des postes affectés à des programmes ou projets financés par de telles contributions, à mesure que ces engagements naissent.**

225. **Les contributions statutaires doivent couvrir l'intégralité des coûts de fonctionnement lorsque les autres sources de revenus ne suffisent pas.** Pour les entités ou programmes qui ne disposent pas, aux fins de l'assurance maladie après la cessation de service, de revenus ou de sources de financement d'une certaine importance autres que les contributions statutaires, c'est inévitablement aux États Membres qu'il incombe d'en assumer la charge, comme pour toute autre dépense liée aux activités des organisations concernées. La question est alors de savoir à quel moment seront ou devront être versées les nécessaires contributions supplémentaires. Seuls les États Membres sont en mesure de répondre à cette question, car c'est à eux qu'il revient de fixer les priorités des organisations<sup>156</sup> et, partant, de déterminer quand procéder au versement de ces contributions, en gardant à l'esprit que, si les normes IPSAS n'exigent pas de provisionner les engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service avant que les paiements ne deviennent exigibles, les entités participantes n'en sont pas moins tenues de préserver leur santé et leur viabilité financières et d'honorer leurs obligations à l'égard de leurs retraités. Le choix des dates de règlement des contributions doit par conséquent s'inscrire dans les limites de ce qui est financièrement sain et faisable, en tenant compte de tous les intérêts légitimes en jeu, à savoir, d'une part, la nécessité d'atténuer les risques financiers associés au creusement du solde que représentent les engagements non financés et, d'autre part, le coût d'opportunité de la constitution d'une réserve destinée à financer les sommes dues au titre de l'assurance maladie après la cessation de service bien avant qu'elles ne deviennent exigibles, au détriment du report d'autres priorités<sup>157</sup>. Cette réflexion est implicitement contenue dans

financement octroyé ; cela étant, elle ne devra pas être la même pour toutes les entités ou pour tous les régimes, étant donné que leurs besoins en matière d'assurance maladie après la cessation de service varient selon le profil de la population assurée. Il s'ensuit inéluctablement que la charge salariale qui résulte de l'assurance maladie après la cessation de service peut, dans les faits, constituer un facteur concurrentiel sur le marché des programmes ou projets financés par les donateurs, dès lors qu'elle confère un avantage supplémentaire aux entités dont les effectifs sont plus jeunes et en meilleure santé ou dont les carrières sont plus courtes.

<sup>155</sup> OACI, OMS, ONUDI, ONUSIDA, UNESCO, UNRWA, UIT et UPU.

<sup>156</sup> Résolution 60/283, sect. III, par. 2, de l'Assemblée générale.

<sup>157</sup> On pourrait arguer que les engagements à long terme, et donc non échus, ne nécessitent pas de prévoir des liquidités pour les couvrir jusqu'à leur échéance, tandis que les activités relatives aux programmes que les organisations internationales mènent actuellement ou envisagent de mener à court terme, et même les besoins nationaux en termes de dépenses publiques, devraient être jugés prioritaires. Sachant que les besoins sont généralement plus importants que les fonds disponibles et que les contributions que versent les États Membres aux organisations internationales proviennent des mêmes sources de financement (taxes et redevances, emprunts sur les marchés financiers ou auprès d'institutions financières internationales, aides extérieures, transferts de fonds effectués par des entreprises publiques, etc.), le débat se réduit au final à la question de savoir à quelle politique, à quel programme ou à quelle cause accorder la priorité.

l'opinion du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires, selon laquelle « on peut garantir la disponibilité de ressources suffisantes destinées au règlement des prestations dues au personnel sans [...] immédiatement créer une réserve »<sup>158</sup>, et est au cœur des discussions menées jusqu'ici dans le cadre des rapports du Secrétaire général sur l'assurance-maladie après la cessation de service.

**226. Les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qui ne sont pas pris en compte dans le calcul des cotisations statutaires ont des répercussions négatives sur l'actif net de l'entité concernée, ce qui a pour effet d'affaiblir progressivement sa situation financière.** Le manque de fonds peut mettre à mal la stabilité financière des entités participantes : dès lors que les engagements précités sont, comme tout autre obligation, indistinctement garantis par l'ensemble des actifs des organisations, chaque nouvelle annuité (le « coût des services » et le « coût financier » qui y est associé) générée par les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qui n'est pas prise en compte dans le calcul des cotisations aura des retombées négatives sur l'actif net de l'organisation concernée, qui affaiblira progressivement sa situation financière, sa stabilité et sa viabilité<sup>159</sup>. En théorie, la comptabilisation de ces engagements pourrait déboucher, dans des cas extrêmes, sur une situation de fonds propres négatifs, où les dettes dépassent les actifs et où l'entité concernée ne dispose pas des ressources nécessaires pour honorer ses engagements financiers, fût-ce à court terme.

**227. À mesure que les engagements non financés s'accumulent, la probabilité qu'ils aient des répercussions négatives considérables sur les budgets futurs s'accroît elle aussi.** Le risque qu'une telle hypothèse se vérifie est très peu élevé pour les organismes publics dans leur ensemble, car les gouvernements et les organes délibérants peuvent et doivent toujours prévoir des ressources supplémentaires ou prendre des décisions pour combler tout solde restant dû afin de garantir le règlement des obligations, à tout le moins lorsqu'elles deviennent exigibles, que ce soit par un relèvement des contributions statutaires, par une révision des priorités budgétaires ou par d'autres moyens. Le problème vient de ce que, selon l'ampleur des aménagements décidés à cet effet, les répercussions qui en découlent pour les deux parties (les États Membres en tant que contributeurs et l'entité participante concernée si les priorités des politiques ou des programmes doivent être revues en raison d'un manque de fonds) peuvent s'avérer difficiles à gérer. En d'autres termes, à mesure que les engagements s'accumulent, la probabilité qu'ils aient des répercussions négatives (considérables) sur les budgets futurs, et donc sur les contributions des États Membres, ou sur les activités relatives aux programmes des entités participantes, en ce compris l'importance des droits à prestations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, s'accroît-elle aussi<sup>160</sup>. En l'absence d'apports de fonds réguliers qui puissent couvrir (ne serait-ce que partiellement) les engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, et non pas seulement les décaissements à court terme, il faudra sans doute injecter par la suite d'importants moyens ou, à défaut, modifier les priorités budgétaires, en mettant de côté les programmes ou besoins relativement moins urgents et en les reportant à des dates ultérieures pour pouvoir honorer les engagements à court terme au

<sup>158</sup> A/76/579, sect. V, par. 51.

<sup>159</sup> Les obligations des organisations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service augmentent chaque année, de même que les engagements liés à l'acquisition de droits à prestations pour les fonctionnaires en activité (« coût des services ») et aux incidences financières correspondantes des engagements qui se réalisent au fil du temps (« coût financier »). Le coût des services et le coût financier pour une année donnée représentent donc le coût des droits acquis par les membres du personnel pour les services qu'ils ont rendus au cours de cette même année.

<sup>160</sup> Certes, le niveau des prestations et les cotisations à verser par les assurés (et, partant, par l'organisation concernée) relèvent de choix politiques et résultent donc de décisions souveraines émanant des États Membres et des organes directeurs, à condition que les droits acquis soient respectés et que la protection accordée soit compatible avec l'attrait que veulent offrir les entités participantes en tant qu'employeurs ainsi qu'avec le principe fondamental selon lequel que, s'agissant de la fixation des conditions d'emploi de son personnel, l'Organisation des Nations Unies soit guidée par « la nécessité d'assurer à celle-ci les services de personnes possédant les plus hautes qualités de travail, de compétence et d'intégrité » (Charte des Nations Unies, Article 101, par. 3), comme l'a rappelé le CCI dans son précédent examen de la couverture médicale du personnel du système des Nations Unies (JIU/REP/2007/2).

titre de l'assurance maladie après la cessation de service (devenus entretemps beaucoup plus élevés).

228. **D'un point de vue budgétaire, les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service devraient être traités de la même manière que les cotisations de retraite.** Il convient également de noter que la méthode par capitalisation repose sur une logique juridique et comptable voulant que le droit à l'assurance maladie après la cessation de service soit acquis par les membres du personnel, comme c'est le cas pour les pensions, de manière progressive et tout au long de leur carrière, et non pas à la fin de celle-ci. Il s'ensuit que le droit à ladite assurance maladie devrait être traité comme une rémunération différée et inclus dans les dépenses communes de personnel pour les années au cours desquelles les fonctionnaires sont en service. Les engagements correspondants devraient de ce fait être traités de la même manière que les cotisations de retraite, c'est-à-dire comme un élément supplémentaire des coûts de personnel normalement imputés à la rubrique budgétaire « personnel » (et, pour les postes financés par des contributions statutaires, imputé à ces contributions, en l'absence d'autres recettes disponibles).

### 3. **Transparence des processus et discussions budgétaires relatifs à l'assurance maladie après la cessation de service**

229. **La transparence budgétaire est aussi importante que la transparence des états financiers.** Lorsque l'assurance maladie après la cessation de service est explicitement intégrée dans les dépenses communes de personnel et de ce fait considérée comme faisant partir du coût direct des services, projets ou programmes et, partant, des contributions à acquitter pour couvrir ces dépenses, les entités ou les régimes d'assurance concernés peuvent être jugés totalement transparents au regard de leurs processus tant comptables que budgétaires. Pour les entités ou programmes financés par des contributions statutaires, le financement régulier des engagements au titre de ladite assurance au moyen de ces contributions est sans nul doute la solution la plus transparente et la plus appropriée. **Il est recommandé de faire état et de tenir compte, dans chaque cycle budgétaire, du coût total et réel du personnel au moment d'arrêter les priorités budgétaires**<sup>161</sup>.

230. **Le fait de ne pas prévoir de financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils naissent fausse les discussions budgétaires.** Le choix de la méthode par capitalisation n'est pas seulement une question de saine gestion financière ou de viabilité financière à long terme, mais aussi de transparence et d'efficacité dans les discussions budgétaires des organes délibérants, et ce, pour deux raisons : premièrement, le fait de ne pas budgétiser la part des coûts à long terme de l'assurance maladie après la cessation de service qui sera générée chaque année revient à exclure du projet de budget et des discussions auxquelles il donne lieu un coût pourtant inévitable, et, deuxièmement, ce manque de transparence et le décalage entre les coûts et les activités relatives aux programmes créent un leurre en donnant l'illusion de libérer des ressources pour d'autres programmes budgétaires, repoussent à plus tard les priorités ou les besoins budgétaires du moment – ou l'inverse –, ou laissent simplement les cotisations en deçà du niveau qui correspondrait aux coûts réels (à défaut d'un changement de cap dans les priorités). En d'autres termes, et toujours sous réserve de conditions par ailleurs égales, si la part annuelle des engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qui sera imputée au bilan de l'exercice suivant n'est pas prise en compte dans les propositions et discussions budgétaires, non seulement la situation financière de cet exercice se détériorera plus encore, mais les discussions aboutiront à un résultat non optimal car elles ne reposeront pas sur des informations complètes, ce qui se traduira par une affectation excessive de ressources aux programmes ou activités, ou à des contributions statutaires d'un niveau irréaliste, voire les deux.

<sup>161</sup> Comme l'a déclaré le Secrétaire général, tout solde restant dû dans le financement des obligations devrait être inclus dans le rapport sur l'exécution du budget biennal et examiné dans le cadre de l'élaboration du budget pour les exercices biennaux à venir (documents [A/60/450](#) et [A/60/450/Corr.1](#), par. 18).

#### 4. Financement des engagements d'assurance maladie après la cessation de service : comparaison entre les méthodes par capitalisation et sans capitalisation

231. **Avantages et inconvénients respectifs du financement par capitalisation et du financement sans capitalisation des engagements d'assurance maladie après la cessation de service.** Le tableau ci-après, qui a pour but de résumer l'argumentaire exposé ci-dessus et d'illustrer le processus décisionnel propre à cette question qui revient régulièrement et depuis fort longtemps dans les débats, récapitule les avantages et inconvénients de chaque méthode de financement des engagements à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

Tableau 20

##### Comparaison des méthodes de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

<i>Méthode</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
Sans capitalisation	<p>Méthode moins onéreuse à court terme, car les crédits alloués à l'assurance maladie après la cessation de service ne doivent pas inclure le coût cumulé des services dont ont bénéficié les membres du personnel en activité durant chaque exercice budgétaire, mais uniquement la part des cotisations des retraités à la charge de l'entité ou les remboursements de leurs frais médicaux.</p> <p>Elle offre donc plus de souplesse en cas d'affectation de ressources à d'autres fins.</p> <p>Elle permet de limiter les frais d'administration et rend la gestion des engagements et des actifs au titre de l'assurance maladie après la cessation de service moins complexe.</p>	<p>Cette méthode nuit à la transparence et à l'efficacité des processus budgétaires, car les coûts futurs de l'assurance maladie après la cessation de service générés par les fonctionnaires en activité ne sont pas pris en compte lors des décisions relatives aux allocations budgétaires.</p> <p>Le manque de transparence crée une illusion monétaire et une iniquité intergénérationnelle.</p> <p>La méthode expose l'entité concernée à des risques et incertitudes d'ordre financier en raison de l'accumulation de dettes non financées sans que des fonds aient été constitués pour se prémunir contre ces risques.</p> <p>En fonction de l'évolution démographique de la population assurée, les engagements non financés peuvent représenter une part de plus en plus importante du budget et, au fil du temps, supplanter les ressources nécessaires à l'exécution des mandats.</p> <p>La méthode peut compromettre la viabilité à long terme des prestations d'assurance maladie après la cessation de service.</p>
Capitalisation	<p>Cette méthode favorise la transparence des processus budgétaires et évite les illusions monétaires et l'iniquité intergénérationnelle, étant donné que les nouveaux engagements qui se créent chaque année au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sont pris en compte dans les allocations budgétaires et les ressources de l'exercice en question et ne sont pas imputés sur les économies, réserves ou contributions passées ou futures, ce qui permet de connaître en temps réel le coût total des programmes en termes d'effectifs et de rationaliser les décisions budgétaires.</p> <p>Elle limite les risques et les incertitudes d'ordre financier liés à l'accumulation de la dette au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.</p>	<p>Faute de contributions budgétaires supplémentaires pour couvrir la part annuelle des nouveaux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, la méthode par capitalisation restreint le volant de ressources disponibles pour d'autres programmes ou postes budgétaires.</p> <p>Elle passe par une hausse des contributions afin de préserver l'ampleur et la portée du mandat et des programmes de l'entité concernée.</p> <p>Le fait d'apporter leur soutien à une organisation qui recourt à un prélèvement sur la masse salariale pour couvrir ses obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service en ce qui concerne le personnel associé aux programmes qu'ils financent peut paraître moins attrayant aux yeux des donateurs et leur donner le sentiment que cela risque de rendre cette organisation moins</p>

<i>Méthode</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
	Elle améliore la viabilité des prestations d'assurance maladie après la cessation de service à plus longue échéance.	compétitive par rapport à celles qui utilisent la méthode sans capitalisation.
	Le financement des engagements est plus économique sur le long terme, car les revenus de placements permettent de réduire les besoins budgétaires futurs.	La méthode par capitalisation accroît les frais d'administration et rend la gestion des engagements et des actifs au titre de l'assurance maladie après la cessation de service plus complexe.

Source : Compilation du CCI.

232. **Les raisons qui incitent à adopter la méthode par capitalisation pour financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sont essentiellement au nombre de trois.** Les arguments exposés dans le présent chapitre montrent que, des deux méthodes les plus courantes et les plus connues de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (celle sans capitalisation et celle par capitalisation), il convient de préférer la seconde, et ce, pour des raisons qui tiennent, en résumé, au fait qu'un manque de fonds persistant a des répercussions négatives sur la situation financière des organisations au moment précisément où les engagements au titre de ladite assurance s'accumulent dans leurs états financiers, que de fortes augmentations des cotisations statutaires lorsque les paiements deviennent exigibles ne sont ni opportunes ni parfois même, envisageables, et qu'une plus grande transparence budgétaire est souhaitable. Le recours à la méthode par capitalisation a toujours été préconisée par le CCI, par le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service, par les commissaires aux comptes et par les experts financiers, et confirmation en a été donnée dans les réponses au questionnaire du CCI ainsi que lors des entretiens menés dans le cadre du présent examen, à l'occasion desquels les entités participantes ont exprimé leur préférence pour cette approche<sup>162</sup>.

233. **Le choix de la méthode par capitalisation ne doit pas être lié à d'éventuels ajustements de l'assurance maladie.** Cette conclusion reste valable, quels que soient le niveau de protection accordé aux bénéficiaires, la part des coûts de l'assurance imputée aux organismes employeurs et l'incidence des améliorations apportées à la conception et à l'efficacité de la politique en matière d'assurance maladie grâce à d'éventuelles mesures supplémentaires de maîtrise des dépenses, qui se doivent de respecter les droits acquis des bénéficiaires. **L'Inspecteur est d'avis que le provisionnement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils se créent ne devrait pas être fonction des modifications qui pourraient être apportées à la politique en matière d'assurance maladie.** L'Inspecteur ne saurait trop insister sur l'importance de traiter cette question avec réalisme : ne pas financer les éléments de passif accumulés et les charges à venir pourrait revenir à gonfler un endettement qui, avec le temps, risquerait de mettre sérieusement en péril la stabilité financière des organisations et leur capacité à continuer d'exécuter leurs mandats.

234. Dans son précédent examen de la couverture médicale du personnel du système des Nations Unies<sup>163</sup>, le CCI a recommandé de prévoir un financement suffisant pour couvrir les charges, comme l'ont conseillé à plusieurs reprises le Comité des commissaires aux comptes, les auditeurs externes des institutions spécialisées et de l'AIEA, ainsi que le Comité consultatif indépendant pour les questions d'audit. La recommandation ci-après devrait améliorer la transparence budgétaire et, par conséquent, l'efficacité et la responsabilité des entités participantes, ainsi que leur situation et leur viabilité financières.

<sup>162</sup> Le Comité consultatif indépendant pour les questions d'audit a lui aussi répété, comme il l'avait déjà fait remarquer, que le maintien de la méthode de financement sans capitalisation présentait un risque important qui devait être géré de manière appropriée, et a recommandé que « l'Assemblée générale envisage d'autres stratégies de financement [...] pour atténuer ce risque » (A/76/270).

<sup>163</sup> JIU/REP/2007/2.

**Recommandation 7**

Les organes délibérants et/ou les organes directeurs des entités des Nations Unies qui n'ont pas encore approuvé un plan de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à mesure qu'ils naissent pour les postes financés par les contributions statutaires des États Membres devraient établir une stratégie à long terme à cet effet, afin de couvrir à tout le moins les engagements futurs au titre de ladite assurance pour tous les fonctionnaires nouvellement recrutés.

## Annexe I

## Conditions d'affiliation aux régimes d'assurance maladie

Le présent tableau indique les conditions que doivent remplir les fonctionnaires, les retraités et les personnes à leur charge pour pouvoir s'affilier à un ou à des régimes d'assurance maladie donnés, en fonction de leur lieu d'affectation et de la catégorie de personnel à laquelle ils appartiennent.

		<i>Type et lieu d'affectation ou de résidence des fonctionnaires en activité ou à la retraite</i>			
		<i>Recrutés sur le plan international</i>		<i>Recrutés localement</i>	
<i>Titulaire du contrat d'assurance et régime d'assurance</i>	<i>Entités participantes</i>	<i>Dans la ou les villes sièges</i>	<i>Hors siège</i>	<i>Dans la ou les villes sièges</i>	<i>Hors siège</i>
AIEA – Plan d'assurance médicale primaire/Plan d'assurance médicale après la cessation de service	AIEA	Oui	Oui	Oui	Oui
FAO – Plan général d'assurance maladie/ Assurance maladie après cessation de service	FAO	Oui	Oui	Oui	Oui <sup>a</sup>
FAO – Régime de couverture médicale du personnel/Assurance maladie après cessation de service	FAO	Non	Non	Non	Oui <sup>b</sup>
HCR – Régime d'assurance maladie	HCR	Non	Non	Non	Oui
OACI – Régime de prestations médicales	OACI	Oui	Oui	Oui	Oui
Office des Nations Unies à Genève – Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	Secrétariat de l'ONU, ITC, UIT, OMM, PNUD, UNICEF, PNUE, UNOPS, ONUDI, CNUCED	Oui (Genève)	Oui (HCR, UIT, OMM uniquement)	Oui (Genève)	Non
Office des Nations Unies à Vienne/ONUDC – Assurance médicale collective du Siège – Plan d'assurance médicale primaire	Secrétariat de l'ONU, ONUDC	Oui (Vienne, Turin)	Non	Oui (Vienne, Turin)	Non
OIT – Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	OIT	Oui	Oui	Oui	Oui
OMI – Régime d'assurance médicale collective	OMI	Oui	Oui	Oui	Oui
OMPI – Assurance maladie de groupe	OMPI	Oui (Genève)	Oui	Oui (Genève)	Oui

		<i>Type et lieu d'affectation ou de résidence des fonctionnaires en activité ou à la retraite</i>			
		<i>Recrutés sur le plan international</i>		<i>Recrutés localement</i>	
<i>Titulaire du contrat d'assurance et régime d'assurance</i>	<i>Entités participantes</i>	<i>Dans la ou les villes sièges</i>	<i>Hors siège</i>	<i>Dans la ou les villes sièges</i>	<i>Hors siège</i>
OMS – Assurance maladie du personnel	OMS, ONUSIDA	Oui (Genève)	Oui	Oui (Genève)	Oui
ONUDI – Assurance médicale collective du Siège – Plan d'assurance médicale primaire	ONUDI	Oui (Vienne)	Oui	Oui (Vienne)	Non
ONUDI – Régime des agents des services généraux hors siège	ONUDI	Non	Non	Non	Oui
ONU Tourisme – Régime d'assurance maladie et accident	ONU Tourisme	Oui (Madrid)	Oui	Oui (Madrid)	Oui
PAM – Plan général d'assurance maladie	PAM	Oui (Rome)	Oui	Oui (Rome)	Oui (Bureaux mondiaux)
PAM – Régime de couverture médicale du personnel	PAM	Non	Non	Non	Oui (sauf pour les bureaux mondiaux)
PNUD – Régime d'assurance maladie	PNUD, ONU-Femmes, FNUAP	Non	Non	Non	Oui
Secrétariat de l'ONU – Aetna	Secrétariat de l'ONU, PNUD, ONU-Femmes, FNUAP, UNICEF, UNOPS	Oui (New York)	Non	Oui (New York)	Non
Secrétariat de l'ONU – Cigna Dental	Secrétariat de l'ONU, PNUD, ONU-Femmes, FNUAP, UNICEF, UNOPS	Oui (New York)	Non	Oui (New York)	Non
Secrétariat de l'ONU – Empire Blue Cross	Secrétariat de l'ONU, PNUD, ONU-Femmes, FNUAP, UNICEF, UNOPS	Oui (New York)	Non	Oui (New York)	Non
Secrétariat de l'ONU – Régime d'assurance maladie	Secrétariat de l'ONU	Non	Non	Non	Oui
Secrétariat de l'ONU – Régime mondial d'assurance maladie	Secrétariat de l'ONU, UNICEF, PNUD, ONU-Femmes, FNUAP, UNOPS,	Non	Oui	Non	Non

		<i>Type et lieu d'affectation ou de résidence des fonctionnaires en activité ou à la retraite</i>			
		<i>Recrutés sur le plan international</i>		<i>Recrutés localement</i>	
<i>Titulaire du contrat d'assurance et régime d'assurance</i>	<i>Entités participantes</i>	<i>Dans la ou les villes sièges</i>		<i>Dans la ou les villes sièges</i>	
		<i>Hors siège</i>	<i>Hors siège</i>	<i>Hors siège</i>	<i>Hors siège</i>
	ONUDI, UNRWA, ONU Tourisme				
UNESCO – Caisse d'assurance maladie	UNESCO, OACI (personnel de l'OACI à Paris uniquement)	Oui (Paris)	Oui	Oui (Paris)	Oui
UNICEF – Régime d'assurance maladie	UNICEF	Non	Non	Non	Oui
UNOPS – Régime d'assurance maladie	UNOPS	Non	Non	Non	Oui
UPU – Caisse maladie	UPU	Oui (Berne)	s.o.	Oui (Berne)	s.o.

<sup>a</sup> Pour les fonctionnaires dont la date d'entrée en fonctions à la FAO est antérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2016.

<sup>b</sup> Pour les fonctionnaires entrés en fonctions à la FAO à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2016.

## Annexe II

### Liste récapitulative des principaux indicateurs de résultats figurant dans les accords conclus avec des tiers administrateurs concernant le niveau de service

Le tableau ci-après donne une liste récapitulative des principaux indicateurs de résultats figurant dans les documents disponibles relatifs aux accords de niveau de service signés entre tiers administrateurs, compagnies d'assurance maladie du secteur privé et entités participantes. Ces indicateurs de résultats sont repris tels quels, sans qu'il s'agisse nécessairement de bonnes pratiques.

<i>Indicateur de résultats</i>	<i>Cible (autre cible fixée)</i>	<i>Pénalité<sup>e</sup> (taux de pénalité variables)</i>
<b>Indicateur global</b>		
Rotation des équipes : Taux de rotation des équipes chargées d'assister les titulaires de contrats d'assurance	Pas plus de 15 %	0,50 %
Assistance administrative	Du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, sauf jours fériés	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service
<b>Gestion des comptes</b>		
Assignation d'un gestionnaire dédié	Une personne affectée à cette tâche	0,50 %
Établissement d'un calendrier de mise en œuvre et d'un document répertoriant les décisions et les questions à traiter	Calendrier établi	0,50 %
<b>Indicateurs financiers</b>		
Exactitude financière : Taux moyen de demandes de remboursement ne comportant pas d'erreurs financières	Au moins 98 %	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 10 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Exactitude des paiements : Nombre de paiements corrects divisé par le nombre total de paiements effectués dans l'échantillon de vérification	Au moins 96 %	Taux de pénalité allant de 1 % à 10 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Exactitude du traitement des demandes de remboursement : Nombre de demandes correctement traitées divisé par le nombre total de demandes figurant dans l'échantillon de vérification	Au moins 96 %	Taux de pénalité allant de 1 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
<b>Appels téléphoniques</b>		
Temps de réponse aux appels téléphoniques : Pourcentage d'appels auxquels il a été répondu dans un délai de 10 à 30 secondes selon le régime d'assurance	Au moins 80 %	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent

<i>Indicateur de résultats</i>	<i>Cible (autre cible fixée)</i>	<i>Pénalité<sup>e</sup> (taux de pénalité variables)</i>
		des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Taux d'appels téléphoniques abandonnés : Nombre d'appels téléphoniques abandonnés en pourcentage du nombre total d'appels téléphoniques reçus	Maximum 5 %	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Assistance téléphonique	24 heures sur 24, sept jours sur sept, et dans au moins cinq langues	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service
<b>Délais de traitement</b>		
Règlement des demandes de remboursement : Moyenne du nombre maximal de jours nécessaires pour régler une demande de remboursement	Deux à dix jours ouvrables	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Délivrance d'une lettre de garantie pour les hospitalisations d'urgence : Délai moyen de délivrance d'une lettre de garantie à réception d'une demande comportant toutes les pièces justificatives requises de la part du prestataire	Entre deux et vingt-quatre heures	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Délivrance d'une lettre de garantie pour les hospitalisations non urgentes : Délai moyen de délivrance d'une lettre de garantie à réception d'une demande comportant toutes les pièces justificatives requises de la part de l'assuré ou du prestataire	Entre quarante-huit heures et sept jours ouvrables	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Délai de réponse aux courriels : Délai moyen de réponse à une demande par courriel émanant d'un assuré ou d'un prestataire	Entre un et trois jours ouvrables	Taux de pénalité allant de 0,75 % à 4 % (certains accords de niveau de service imposent des taux différents en fonction du niveau de service atteint)
Autorisation préalable de traitement médical : Délai moyen d'obtention des autorisations préalables pour les traitements devant faire l'objet d'un contrôle médical	Entre deux et cinq jours ouvrables	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 1 %
Téléchargement des données relatives à l'affiliation et envoi d'un courriel de bienvenue : Délai moyen de téléchargement des données relatives à l'affiliation et de réception du courriel de bienvenue adressé à l'assuré	Cinq jours ouvrables maximum	Taux de pénalité allant de 0,50 % à 0,75 %

<i>Indicateur de résultats</i>	<i>Cible (autre cible fixée)</i>	<i>Pénalité<sup>a</sup> (taux de pénalité variables)</i>
Délivrance de cartes d'assurance : Délai moyen de réception de la carte d'assurance par son bénéficiaire	Entre cinq et dix jours ouvrables	Taux de pénalité allant de 0,25 % à 0,50 %
Service de messagerie pour les demandes de remboursement : Fréquence moyenne à laquelle les assurés sont informés de la mise à disposition par le titulaire du contrat d'assurance d'un service de messagerie pour les demandes de remboursement	Deux fois par semaine	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service
<b>Réseau</b>		
Nombre de prestataires agréés : Nombre de prestataires par lieu d'affectation	Au moins un	0,50 %
Modalités de prise en charge directe : Si le titulaire du contrat d'assurance sollicite expressément une prise en charge directe, le gestionnaire commencera par évaluer cette demande au regard des solutions qu'offre son réseau et proposera ensuite d'éventuelles alternatives similaires. Compte tenu du délai nécessaire à l'examen de telles demandes, seules celles émanant des services en charge de l'assurance maladie du titulaire du contrat seront prises considération. Si aucune autre solution n'est disponible, le gestionnaire classera la demande par ordre de priorité en fonction du nombre total d'assurés concernés.	Le gestionnaire fera de son mieux (trois tentatives) pour obtenir le prestataire demandé : a) Dans un délai maximum de quinze jours ouvrables pour les lieux d'affectation à l'issue d'une mission sur le terrain ; b) Dans un délai maximum de vingt jours ouvrables pour les lieux d'affectation classés « urgence de niveau 3 ».	0,50 %
Mises à jour concernant les réseaux, les remises offertes et les tarifs convenus avec les prestataires : Fréquence des mises à jour concernant les réseaux	Trimestrielle	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service
<b>Satisfaction</b>		
Degré de satisfaction des assurés	Au moins 75 % et jusqu'à 85 %	Autres taux de pénalité allant de 0,50 % à 1 %
<b>Rapports</b>		
Délai moyen de communication des rapports :	Entre le neuvième et le dernier jour du mois qui suit la période considérée	0,50 %
L'assureur fournit au titulaire du contrat des statistiques attestant des niveaux de résultat atteints par rapport au niveau de service convenu.	Trimestrielle	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service

<i>Indicateur de résultats</i>	<i>Cible (autre cible fixée)</i>	<i>Pénalité<sup>a</sup> (taux de pénalité variables)</i>
<b>Facturation</b>		
Facture mensuelle : Délai moyen d'émission de la facture mensuelle	Quinze jours ouvrables maximum	0,50 %
<b>Réunions</b>		
Réunions trimestrielles entre le titulaire du contrat et l'assureur	Au moins une	0,50 %
Réunions trimestrielles entre la direction de l'entité titulaire du contrat et l'assureur	Au moins une	0,50 %
<b>Autres indicateurs</b>		
Évacuation/transport	L'assureur coordonne, à ses frais, les opérations d'évacuation/de transport des assurés jusqu'au lieu le plus proche où ils pourront être traités dans des conditions acceptables.	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service
Dispositions prises avec des tiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assureur peut mettre en place des partenariats avec des tiers pour l'aider à fournir des services ; il lui faudra dans ce cas passer avec eux des accords de niveau de service.</li> <li>L'assureur contrôle les niveaux de service des tiers et évalue régulièrement leurs résultats afin de veiller au respect du niveau convenu.</li> </ul>	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service
Audits des régimes d'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assureur tient des livres, comptes, registres et documents justificatifs complets et exacts.</li> <li>L'assureur donne au titulaire du contrat et/ou à ses représentants accès à toutes les informations, tous les documents et tous les dossiers qu'il détient, leur en met une copie à disposition et leur fournit l'assistance nécessaire à cet effet.</li> </ul>	Pénalité fixe en cas de non-respect du niveau de service

<sup>a</sup> Les pénalités, qui représentent un pourcentage du coût du service défaillant, sont calculées en fonction des frais administratifs annuels. Ce montant est alors retenu sur les frais administratifs dus à l'assureur. Un autre régime impose cependant une pénalité fixe de 5 000 euros par trimestre en cas de non-respect par l'assureur d'un niveau de service convenu.

## Annexe III

### Vue d'ensemble des propositions du Secrétaire général relatives à l'assurance maladie après la cessation de service

1. Dans sa résolution 58/249 adoptée le 23 décembre 2003, l'Assemblée générale a tout d'abord prié le Secrétaire général de lui proposer des mesures visant à assurer progressivement le financement intégral des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Répondant à cette demande, le Secrétaire général a publié, le 27 octobre 2005, son premier rapport sur l'assurance maladie après la cessation de service<sup>1</sup>, dans lequel il a recommandé « de mettre en place des mesures de financement à long terme qui permettr[ai]ent de faire face au montant prévisible des cotisations et à leurs fluctuations éventuelles. Ainsi des fonds d'un montant suffisant pour[ai]ent être régulièrement mis de côté pour faire face au coût des prestations dues aux bénéficiaires actuels et futurs ». L'Assemblée générale n'a toutefois pris aucune décision concernant la politique alors proposée<sup>2</sup>.

2. Dans son deuxième rapport sur l'assurance maladie après la cessation de service daté du 7 février 2007<sup>3</sup>, le Secrétaire général a présenté à l'Assemblée générale une version révisée de sa proposition antérieure, accompagnée de quatre solutions alternatives, moins viables à ses yeux<sup>4</sup>. L'Assemblée générale, après avoir reçu l'avis du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>5</sup>, a décidé le 4 avril 2007 de demander des renseignements et une analyse plus approfondis portant, entre autres, sur les solutions possibles de financement et sur les « avantages et inconvénients pour les États Membres de l'option consistant à comptabiliser les charges d'assurance maladie après la cessation de service au moment du décaissement au lieu de les financer par capitalisation »<sup>6</sup>.

3. Les deuxième et troisième rapports du Secrétaire général sur la question<sup>7</sup> datés du 18 octobre 2009, suivis du rapport du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>8</sup>, ont conduit à l'adoption de la résolution 64/241 de l'Assemblée générale, dans laquelle l'organe délibérant a décidé de prier le Secrétaire général de lui soumettre un rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, « sans perdre de vue qu'un régime sans capitalisation [était] également une option viable », et d'inclure dans ce rapport, entre autres, des informations et une analyse du champ d'application des régimes existants d'assurance maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offr[ai]ent ; les frais administratifs liés à d'autres options de financement ; les différentes options concernant le taux de contribution des participants et de l'Organisation au titre des régimes d'assurance maladie après la cessation de service ; le détail des stratégies de financement à long terme des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ; d'autres mesures visant à réduire les coûts des régimes d'assurance maladie pour l'Organisation ; les régimes d'assurance maladie après la cessation de service proposés aux fonctionnaires retraités par les gouvernements ; et les implications financières et juridiques qu'aurait, pour les retraités et

<sup>1</sup> Documents [A/60/450](#) et [A/60/450/Corr.1](#).

<sup>2</sup> Résolution 60/255 de l'Assemblée générale.

<sup>3</sup> [A/61/730](#).

<sup>4</sup> Ibid., par. 38.

<sup>5</sup> [A/61/791](#).

<sup>6</sup> Voir la résolution 61/264 de l'Assemblée générale. La méthode de financement par comptabilisation au décaissement (c'est-à-dire sans capitalisation) consiste à payer les primes d'assurance maladie après la cessation de service ou à régler les demandes de remboursement soumises au titre de l'assurance maladie à mesure qu'elles se présentent, sans réserver préalablement des actifs à cet effet ; la méthode de financement avec capitalisation consiste, à l'inverse, à accumuler régulièrement des fonds, quelle qu'en soit l'origine, spécifiquement destinés à cet effet. La norme IPSAS 39 ne prescrit aucune méthode de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et prend acte de ce que les « obligations à prestations définies » peuvent être non financées, ou peuvent être intégralement ou partiellement financées.

<sup>7</sup> [A/64/366](#).

<sup>8</sup> [A/64/7/Add.4](#).

les fonctionnaires en activité, la modification du champ d'application des régimes d'assurance maladie et de la couverture qu'ils offr[ai]ent ainsi que du montant des cotisations.

4. **Après avoir examiné le rapport suivant du Secrétaire général daté du 27 août 2013<sup>9</sup> le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>10</sup> a noté que « le financement des prestations de l'assurance maladie après la cessation de service [était] une question qui préoccup[ait] l'ensemble du système** et [...] qu'à long terme, la meilleure solution consisterait à adopter, à l'échelle du système, une démarche similaire à celle adoptée par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies concernant les prestations de retraite et d'invalidité »<sup>11</sup>. Faisant suite audit rapport, l'Assemblée générale a décidé, le 27 décembre 2013<sup>12</sup>, de « [prier] le Secrétaire général d'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies [...] en vue d'y inclure l'administration [...] des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service » et également de « [prier] le Secrétaire général de 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 ».

5. **Établie par le Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service créé par le Secrétaire général** sous les auspices du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion relevant du CCS, cette étude<sup>13</sup>, en application de la résolution 68/244 de l'Assemblée générale, a brossé un tableau très complet de la situation de 23 régimes d'assurance maladie et des engagements de 25 entités des Nations Unies au titre de l'assurance maladie après la cessation de service en 2015<sup>14</sup>. Si la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies n'a pas été jugée réaliste, huit recommandations ont été formulées dans le cinquième rapport du Secrétaire général quant aux moyens d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des régimes d'assurance maladie au sein des entités des Nations Unies, notamment en passant, pour les membres du personnel nouvellement recrutés, d'un financement sans capitalisation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à un financement avec capitalisation<sup>15</sup>. Comme dans sa précédente résolution 68/244, l'Assemblée générale<sup>16</sup> a suivi le conseil du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires de ne pas souscrire à une telle recommandation, arguant cette fois que « le Secrétaire général n'[avait] pas donné d'explications suffisantes justifiant le fait de réserver des ressources budgétaires destinées aux activités en cours pour financer de futurs engagements »<sup>17</sup>.

<sup>9</sup> A/68/353.

<sup>10</sup> A/68/550.

<sup>11</sup> Les décisions de l'Assemblée générale n'étant pas contraignantes pour les autres entités des Nations Unies, les recommandations du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires approuvées par l'Assemblée générale doivent être présentées aux organes directeurs pour évaluation et approbation formelles (document A/71/698, par. 8).

<sup>12</sup> Résolution 68/244 de l'Assemblée générale.

<sup>13</sup> Les conclusions et recommandations du Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service issues des différentes phases de l'étude ont été reprises dans les rapports du Secrétaire général sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service soumis en décembre 2015 (A/70/590), 2016 (A/71/698) et 2018 (A/73/662). Cette étude a été mise à jour en 2020 par le secrétariat du CCS.   sa trente-septième réunion (2022), le Réseau Finances et budget a par ailleurs lancé une nouvelle étude ayant pour but de recenser les politiques et pratiques des organismes du système des Nations Unies en matière d'assurance maladie après la cessation de service. Les résultats de cette étude n'étaient cependant pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.

<sup>14</sup> Le Groupe de travail était composé de représentants de 16 entités des Nations Unies membres du Réseau Finances et budget, de la Fédération des associations d'anciens fonctionnaires internationaux, de la Fédération des associations de fonctionnaires internationaux, du Réseau ressources humaines du Comité de haut niveau sur la gestion, du Groupe de travail sur les services de tr sorierie communs du Réseau finances et budget, de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et du Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination (voir le document A/70/590).

<sup>15</sup> Document A/70/590, par. 68, 69 et 70.

<sup>16</sup> Résolution 70/248B de l'Assemblée générale.

<sup>17</sup> Document A/70/7/Add.42, par. 28.

6. **Dans son rapport de suivi<sup>18</sup>, le Secrétaire général a fourni des informations actualisées et complémentaires concernant plusieurs aspects des régimes d'assurance maladie des Nations Unies et des engagements y relatifs**, notamment l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations du Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service approuvées par l'Assemblée générale à la fin de 2016 sur des questions telles que : les négociations collectives avec les tiers administrateurs et les prestataires de soins de santé ; le recours à des régimes nationaux d'assurance maladie ; l'élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies pour l'amener à gérer un régime commun d'assurance maladie ; la normalisation des évaluations des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ; le financement adéquat de l'assurance maladie après la cessation de service ; et l'examen des conditions proposées, grâce à des indicateurs de résultats financiers et à la poursuite des négociations avec les assureurs. Le rapport comportait également de nouvelles recommandations ou des commentaires sur le placement des réserves et d'autres aspects de politique générale<sup>19</sup>.

7. **L'Assemblée générale<sup>20</sup> a souscrit aux recommandations du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires concernant la maîtrise des dépenses** et le contrôle de l'administration des régimes, la coopération entre les entités afin d'améliorer l'accès des régimes d'assurance qu'elles appliquent aux réseaux de prestataires de soins de santé de toutes les régions, les tarifs, la mutualisation des risques, l'harmonisation des principes régissant l'évaluation des charges à payer et le placement des réserves<sup>21</sup>. La proposition du Secrétaire général de passer à la méthode par capitalisation pour le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service n'a, cette fois encore, pas été approuvée. Le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a en effet estimé que « [la] proposition de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service n'[était] pas présentée avec exhaustivité et ne [prenait] pas en compte plusieurs scénarios et variables susceptibles d'avoir une incidence sur le montant des engagements ».

8. **Le 19 décembre 2018, le Secrétaire général a publié son septième rapport sur l'assurance maladie après la cessation de service<sup>22</sup>, dans lequel il a notamment<sup>23</sup> abordé les questions de la normalisation de la méthode d'évaluation et des hypothèses actuarielles**, de la répartition des primes d'assurance maladie après la cessation de service et du financement des engagements y relatifs. Le Secrétaire général a une fois de plus recommandé à l'Assemblée générale d'approuver l'instauration d'une cotisation à prélever sur la masse salariale afin de financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour les fonctionnaires nouvellement recrutés<sup>24</sup>, et d'appliquer

<sup>18</sup> Document [A/71/698](#).

<sup>19</sup> Y étaient notamment évoqués les clauses relatives à l'établissement des rapports et les clauses de confidentialité, les résultats des opérations d'assurance, la mutualisation des risques, l'amélioration de la cohérence dans la conception des régimes d'assurance maladie et leur regroupement selon des critères géographiques et organisationnels dans le but de parvenir à une taille critique, la solidarité intergénérationnelle, et la tarification (les primes fondées sur la valeur étant jugées mieux adaptées aux risques imprévisibles tels que ceux qui touchent les biens, et le prix de revient affecté d'une majoration déterminée correspondant mieux au profil type de risques en matière d'assurance maladie dans les entités des Nations Unies).

<sup>20</sup> Résolution 71/272B de l'Assemblée générale.

<sup>21</sup> Document [A/71/815](#).

<sup>22</sup> Document [A/73/662](#).

<sup>23</sup> Parmi les autres points figuraient, par exemple, la faisabilité ou le bien-fondé d'une participation des régimes nationaux d'assurance maladie à la couverture principale des retraités, les négociations avec les tiers administrateurs à l'échelle du système ou sur une base collective, les mesures axées sur la maîtrise des coûts, ou encore la portabilité des prestations d'assurance maladie et des droits à prestations dans l'ensemble du système. Dans ce même rapport, le Secrétaire général a reconnu qu'« il n'[avait] pas d'autres informations à transmettre concernant l'examen des conditions proposées par les assureurs et les négociations avec les compagnies d'assurance, l'élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et le [placement] des réserves », et que le mandat du Groupe de travail avait « atteint ses limites ».

<sup>24</sup> La proposition du Secrétaire général s'applique uniquement aux entités directement régies par les décisions de l'Assemblée générale, au nombre desquelles figurent, outre l'ONU, les organisations ayant approuvé le statut du CCI (l'ITC, l'ONUDC, ONU-Habitat et le PNUE).

simultanément un mécanisme d'accumulation des droits à prestations consistant à ajuster la part de la prime d'assurance à charge de l'organisation au nombre d'années de cotisation du fonctionnaire à un régime proposé par une organisation du système des Nations Unies<sup>25</sup>. Sur avis du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>26</sup>, l'Assemblée parlementaire, notant que la cotisation qu'il était proposé de prélever entraînerait une contribution pour les États Membres, a décidé de conserver le modèle de financement reposant sur la méthode de comptabilisation au décaissement (sans capitalisation) et a demandé au Secrétaire général de lui fournir des précisions sur le modèle de financement par capitalisation et le mécanisme d'accumulation des droits à prestations pour les futurs fonctionnaires<sup>27</sup>.

9. **Bien que le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires se soit dit convaincu, dans son rapport<sup>28</sup>, que « l'on [pouvait] garantir la disponibilité de ressources suffisantes destinées au règlement des prestations dues au personnel sans nécessairement ou immédiatement créer une réserve »,** il n'a pas indiqué comment procéder – en réduisant la part des cotisations dues par les organisations, comme il l'avait suggéré dans son précédent rapport<sup>29</sup>, en ajustant la couverture ou les critères d'admissibilité, en créant une réserve à un stade ultérieur, ou simplement en faisant face à la pression croissante sur les contributions statutaires à mesure que les dépenses prévues seraient exigibles. À cet égard, il convient de rappeler que l'Assemblée générale « [a] constaté avec préoccupation l'importance des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service [...] tout en soulignant les conséquences non négligeables que les propositions qui ont été faites pourraient avoir sur les budgets et les prestations auxquelles les fonctionnaires concernés auraient droit ».

10. Le huitième et dernier rapport du Secrétaire général sur le sujet<sup>30</sup>, daté du 30 septembre 2021, a réitéré, avec certes quelques variantes, sa recommandation appelant à financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour les fonctionnaires nouvellement recrutés par un prélèvement sur la masse salariale et, par conséquent, par une contribution supplémentaire pour les États Membres<sup>31</sup>. Au moment où le présent examen a été réalisé, cette proposition n'avait été évoquée dans aucune résolution de l'Assemblée générale. Elle a, en tout état de cause, été rejetée par le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires<sup>32</sup>, qui a indiqué qu'il n'était « pas convaincu » par les propositions et continuait « de penser que l'on [pouvait] garantir la disponibilité de ressources suffisantes destinées au règlement des prestations dues au personnel sans nécessairement ou immédiatement créer une réserve ».

<sup>25</sup> Dans ses résolutions 38/235 et 69/251, l'Assemblée générale a décidé que les deux tiers du coût de l'assurance maladie, au maximum, seraient pris en charge par l'organisation et le restant par le fonctionnaire assuré, ratio qui a été appliqué depuis à New York et est utilisé par de nombreuses autres organisations internationales. Dans le cadre du mécanisme d'accumulation proposé, après dix années d'ancienneté, la part de la prime payée par l'organisme employeur correspondrait à un tiers de la prime totale, et le droit maximum à prestations (jusqu'à deux tiers de la prime) serait acquis au bout de vingt ou vingt-cinq années d'ancienneté.

<sup>26</sup> [A/73/792](#).

<sup>27</sup> Résolution 71/272B de l'Assemblée générale.

<sup>28</sup> Document [A/73/792](#).

<sup>29</sup> Document [A/71/815](#), par. 33.

<sup>30</sup> Document [A/76/373](#).

<sup>31</sup> Dans ce même rapport (sect. C), le Secrétaire général a indiqué qu'en l'absence de consensus au sein du Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service concernant le mécanisme d'accumulation des droits à prestations envisagé pour établir un lien plus direct entre l'ancienneté d'un fonctionnaire employé par un organisme du système des Nations Unies et la part des primes à la charge de l'Administration, la proposition avait été abandonnée et remplacée, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023, par l'application d'une nouvelle base de calcul, plus élevée, des cotisations des retraités justifiant de moins de vingt-cinq années d'ancienneté ouvrant droit à la pension qu'ils auraient perçue s'ils avaient cotisé pendant vingt-cinq ans (la « pension théorique » approuvée par l'Assemblée générale dans sa résolution 61/264).

<sup>32</sup> Document [A/76/579](#), sect. V.

## Annexe IV

### Vue d'ensemble des mesures que les entités participantes sont appelées à prendre conformément aux recommandations du Corps commun d'inspection

		Effets escomptés	Entités participantes du Corps commun d'inspection																													
			ONU*	ONUSIDA	CNUCED	ITC	PNUD	PNUE	FNUAP	ONU-Habitat	HCR	UNICEF	ONUDC	UNOPS	UNRWA	ONU-Femmes	PAM	FAO	AIEA	OACI	OIT	OMI	UIT	UNESCO	ONUDI	ONU Tourisme	UPU	OMS	OMPI	OMM		
Pour	suite à donner		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	information		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Recommandation 1		f	E								E	E			E	E		E		E		E	E	E	E	E						
Recommandation 2		g	E				E			E	E	E	E		E		E	E	E	E				E	E		E	E				
Recommandation 3		g				E		E		E			E		E			E	E	E	E			E	E	E						
Recommandation 4		d	L																													
Recommandation 5		e	E				E			E	E	E	E		E	E	E	E	E	E		E	E	E	E	E	E	E	E	E		
Recommandation 6		d												E				E				E		E	E	E	E	E				
Recommandation 7		a	L															L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L		

**Légende :**

- L :** Recommandation appelant une décision de l'organe délibérant
- E :** Recommandation appelant une décision du chef de secrétariat
- : Recommandation n'appelant pas de mesure de la part de cette entité

**Effets escomptés :**

**a :** transparence et responsabilisation renforcées ; **b :** diffusion de bonnes/meilleures pratiques ; **c :** coordination et coopération renforcées ; **d :** cohérence et harmonisation renforcées ; **e :** contrôle et conformité renforcés ; **f :** efficacité renforcée ; **g :** économies importantes ; **h :** efficacité renforcée ; **i :** autre.

\* Comme décrit dans la circulaire ST/SGB/2015/3.