

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

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

Propositions d'amendements aux Statuts

Article 3.6 (Taux des cotisations)

Propositions d'amendements à l'annexe I : Barème des prestations

Code 1.1 (*Honoraires de médecins*)

Code 1.7 (~~Psychiatrie, p~~Psychanalyse ou psychothérapie)

Code 6.3 (*Autres transports à des fins médicales*)

Amendements au règlement administratif

Article 2.5.3 (*Prestations supplémentaires*)

Article 3.5 (*Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées*)

Code 1.7 (~~Psychiatrie, p~~Psychanalyse ou psychothérapie)

Code 4 (*Soins dentaires*)

Code 5.1 (*Appareils optiques*)

Code 5.2 (*Appareils auditifs*)

Code 9 (*Médecines alternatives*)

Objet de la circulaire

1. La présente circulaire a pour objet de notifier à toutes les personnes assurées par la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du BIT (CAPS) les amendements proposés aux Statuts de la CAPS en vertu de l'article 4.17 (« Amendements aux Statuts »), et de les informer des amendements au Règlement administratif.

2. Le Comité de gestion de la CAPS a approuvé ces propositions d'amendements lors de sa 277^{ème} réunion, le 19 mai 2023. La date d'entrée en vigueur proposée est le 1^{er} janvier 2024.

3. Les amendements proposés sont expliqués en détail ci-dessous. Tous les amendements proposés sont annexés à la présente circulaire, avec le suivi des modifications en mode « track-changes ».

Objet des Amendements

4. Les Amendements proposées aux Statuts de la CAPS, à l'Annexe I (Barème des prestations) et au Règlement administratif, qui relèvent de la compétence du comité de gestion, visent à augmenter les taux de cotisation à la CAPS afin de maintenir sa viabilité financière et à ajuster certaines prestations.

Contexte

5. Le Comité de gestion de la CAPS suit attentivement la situation financière de la Caisse. Conformément à l'article 3.11 (Comptabilité et investissements) des Statuts de la CAPS, il examine les relevés trimestriels de la comptabilité. En outre, il veille à ce que des révisions actuarielles de la CAPS soient régulièrement menées, conformément aux articles 3.8 (Fonds de garantie et mesures pour assurer l'équilibre financier) et 3.10 (Révision actuarielle). Selon ces articles, une révision actuarielle doit avoir lieu au moins une fois tous les trois ans.

6. Comme indiqué dans les [rapports annuels sur les activités de la Caisse](#), la situation financière de la CAPS est saine. Néanmoins, la population assurée vieillit et les dépenses augmentent. Les révisions actuarielles de 2019 et 2022 ont recommandé une augmentation des taux de cotisation à la CAPS afin de maintenir le Fonds de garantie de la CAPS dans ses limites statutaires (définies à l'article 3.8) pour les dix prochaines années. En 2020, à la suite de la révision de 2019, le Comité de gestion de la CAPS a décidé d'attendre afin de mieux connaître l'impact financier de la pandémie de COVID-19. Bien que certains aient craint que les dépenses augmentent en raison de la pandémie, le résultat a été meilleur que prévu et la situation financière de la CAPS n'a pas été affectée de manière significative. Selon [la révision actuarielle de la CAPS de 2022](#), dans le cadre du scénario de base, une augmentation des contributions de 5 % serait nécessaire pour maintenir le Fonds de garantie CAPS au-dessus du point médian entre le minimum et le maximum statutaires pour les dix prochaines années.

7. Le Comité de gestion de CAPS a décidé de proposer une augmentation des taux de cotisation conforme aux recommandations de cette révision actuarielle. Parallèlement, dans le cadre de son mandat visant à garantir que la couverture fournie par la Caisse continue de répondre aux besoins de tous ses assurés, le Comité de gestion a décidé de proposer des amendements au barème des prestations. Ces amendements visent à garantir une couverture plus inclusive et l'égalité de traitement du personnel travaillant à temps partiel en révisant le seuil d'accès aux prestations supplémentaires, en ajustant certains plafonds de prestations et en supprimant la « période de stage » pour les soins dentaires, les appareils optiques et auditifs. Ils visent également à améliorer le taux de remboursement des frais de transport pour raison médicale de 80 % à 100 %, en mettant l'accent sur les besoins et les préoccupations exprimés par les membres assurés basés en dehors de Genève, à augmenter le plafond annuel des dépenses approuvées pour les médecines alternatives et les appareils optiques, ainsi qu'à simplifier et à améliorer le remboursement des consultations auprès d'un(e) psychiatrique.

Amendements proposées aux Statuts

Augmentation des taux de cotisation

8. Conformément aux recommandations de la dernière révision actuarielle, le Comité de gestion a décidé de proposer une augmentation de tous les taux de cotisation de 5 %. L'augmentation se fera en deux étapes, une augmentation de 2,5 % au 1er janvier 2024, puis une nouvelle augmentation de 2,5 % au 1er janvier 2025.
9. Le nouveau taux de base sera donc de 3,64 % en 2024 et de 3,73 % en 2025, contre 3,55 % aujourd'hui. Les taux correspondants pour le conjoint protégé automatiquement seront de 1,10 % en 2024 et de 1,13 % en 2025, contre 1,07 % aujourd'hui. Les taux correspondants pour le premier enfant protégé automatiquement et pour tous les autres enfants protégés automatiquement seront de 0,37 % en 2024 et de 0,38 % en 2025, contre 0,36 % aujourd'hui.
10. En outre, étant donné que la CAPS est une petite caisse et que ses dépenses sont relativement volatiles et sujettes aux variations des taux de change, le Comité de gestion a décidé d'avancer la prochaine révision actuarielle de 2025 à 2024.
11. Une provision correspondant à l'augmentation des contributions versées par l'Organisation a été inscrite dans le Programme et Budget pour 2024-2025. Le Conseil d'administration de l'OIT a approuvé cette disposition lors de sa 347^{ème} session. Il convient de rappeler que, pour le personnel en activité, l'Administration de l'OIT contribue à part égale et que, pour les fonctionnaires retraités, la contribution de l'OIT est double.

Amendements au barème des prestations

12. Le comité de gestion a examiné en détail les modifications proposées lors de ses 274^{ème}, 275^{ème}, 276^{ème} et 277^{ème} réunions et a approuvé les changements suivants :
 - Le seuil d'accès aux prestations supplémentaires (article 2.5) pour le personnel travaillant à temps partiel sera basé sur la rémunération réelle du fonctionnaire et non sur la rémunération que le fonctionnaire percevrait s'il travaillait à temps plein.
 - Supprimer la période de stage - qui signifie qu'aucune prestation n'est due en cas d'acquisition ou de réparation au cours de la première année de protection - pour les soins dentaires (code 4), les appareils optiques (code 5.1) et les appareils auditifs (code 5.2).
 - Déplacer les consultations auprès d'un(e) psychiatre du code 1.7 (Psychiatrie, psychanalyse ou psychothérapie) vers le code 1.1 (Honoraires de médecins).
 - Augmenter de 320,00 dollars E.-U. à 400,00 dollars E.-U. le plafond des dépenses approuvées par personne protégée et par année civile pour les appareils optiques (code 5.1).
 - Les prestations ordinaires seront fixées à 100 % au lieu de 80 % pour les autres transports à des fins médicales (code 6.3).
 - Augmenter de 1 200,00 dollars E.-U. à 1 500,00 dollars E.-U. le plafond des dépenses approuvées par personne protégée et par année civile pour les médecines alternatives (code 9).

Procédure

13. Conformément à l'article 4.17, paragraphe 2, des Statuts CAPS :

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

Florian Léger
Secrétaire exécutif
Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel

1^{er} juillet 2023

Amendements proposés aux Statuts et Règlement administratif de la CAPS

Statuts de la CAPS

Article 3.6

Taux de cotisation

1. Sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article, les taux de cotisation sont les suivants :

Catégorie de personnes protégées	Payable par l'assuré(e)	Payable par l'Organisation	Payable par l'assuré(e)	Payable par l'Organisation	Payable par l'assuré(e)	Payable par l'Organisation
	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2017	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2017	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2024	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2024	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2025	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2025
Personnes obligatoirement assurées (articles 1.2, 1.5 et 3.2)	3.55%	3.55%	3.64%	3.64%	3.73%	3.73%
Conjoint automatiquement protégé	1.07%	1.07%	1.10%	1.10%	1.13%	1.13%
Premier enfant automatiquement protégé	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%
Fonctionnaires en congé sans traitement¹ (articles 1.3 a) et 3.2)	7.10%	0.00%	7.28%	0.00%	7.46%	0.00%
Fonctionnaires en congé avec traitement partiel (articles 1.3 a) et 3.2)						
(a) sur la rémunération versée	3.55%	3.55%	3.64%	3.64%	3.73%	3.73%
(b) sur la rémunération non versée ¹	7.10%	0.00%	7.28%	0.00%	7.46%	0.00%
Conjoint automatiquement protégé (sur la rémunération versée)	1.07%	1.07%	1.10%	1.10%	1.13%	1.13%
Conjoint automatiquement protégé (sur la rémunération non versée)	2.14%	0.00%	2.20%	0.00%	2.26%	0.00%
Premier enfant automatiquement protégé (sur la rémunération versée)	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%
Premier enfant automatiquement protégé (sur la rémunération non versée)	0.72%	0.00%	0.74%	0.00%	0.76%	0.00%
Tous les autres enfants automatiquement protégés (sur la rémunération versée)	0.36%	0.36%	0.37%	0.37%	0.38%	0.38%
Tous les autres enfants automatiquement protégés (sur la rémunération non versée)	0.72%	0.00%	0.74%	0.00%	0.76%	0.00%
Fonctionnaires détachés (articles 1.3 b) et 3.2)	7.10%	0.00%	7.28%	0.00%	7.46%	0.00%
Conjoint automatiquement protégé	2.14%	0.00%	2.20%	0.00%	2.26%	0.00%
Premier enfant automatiquement protégé	0.72%	0.00%	0.74%	0.00%	0.76%	0.00%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0.72%	0.00%	0.74%	0.00%	0.76%	0.00%

Catégorie de personnes protégées	Payable par l'assuré(e)	Payable par l'Organisation	Payable par l'assuré(e)	Payable par l'Organisation	Payable par l'assuré(e)	Payable par l'Organisation
	Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2017		Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2024		Taux de cotisation à partir du 1er janvier 2025	
Fonctionnaires dont le contrat arrive à échéance - protection pour six mois (articles 1.3 c) et 3.2)	7.10%	0.00%	7.28%	0.00%	7.46%	0.00%
Conjoint automatiquement protégé	2.14%	0.00%	2.20%	0.00%	2.26%	0.00%
Premier enfant automatiquement protégé	0.72%	0.00%	0.74%	0.00%	0.76%	0.00%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0.72%	0.00%	0.74%	0.00%	0.76%	0.00%
Anciens fonctionnaires ayant quitté le service à l'âge de 55 ans ou plus, ou pour cause d'invalidité (articles 1.3 d) et e) et 3.3)	3.55%	7.10%	3.64%	7.28%	3.73%	7.46%
Conjoint automatiquement protégé	1.07%	2.14%	1.10%	2.20%	1.13%	2.26%
Premier enfant automatiquement protégé	0.36%	0.72%	0.37%	0.74%	0.38%	0.76%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0.36%	0.72%	0.37%	0.74%	0.38%	0.76%
Survivants de fonctionnaires ou d'anciens fonctionnaires (articles 1.3 f) et 3.4)	3.55%	7.10%	3.64%	7.28%	3.73%	7.46%
Premier enfant automatiquement protégé	0.36%	0.72%	0.37%	0.74%	0.38%	0.76%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0.36%	0.72%	0.37%	0.74%	0.38%	0.76%

¹ Cette disposition peut être modifiée si le BIT, dans certains cas ou pour certaines catégories de cas, décide de payer des cotisations sur des rémunérations non versées.

2. Le Comité de gestion peut fixer périodiquement des cotisations minimales pour les personnes volontairement assurées.

3. À partir du 1er juillet 1987, à titre de mesure exceptionnelle, ni l'assuré(e) ni l'Organisation ne paieront de cotisation pour un ancien fonctionnaire, ou le survivant d'un fonctionnaire, ou d'un ancien fonctionnaire, assuré en vertu de l'article 1.3 d), e) ou f), ou pour les personnes à charge automatiquement protégées (assurées en vertu de l'article 1.5) d'un ancien fonctionnaire, ou du survivant d'un fonctionnaire ou d'un ancien fonctionnaire assuré en vertu de l'article 1.3 d), e) ou f), si la pension de l'assuré(e), telle qu'elle est définie à l'article 3.3, paragraphe 2, ou, selon le cas, la proportion de la dernière rémunération visée aux articles 3.3 ou 3.4, est inférieure à 4 500,00 dollars par an. La présente disposition cesse de porter effet le 1er janvier 1989, sauf dans le cas des personnes auxquelles elle était applicable au 31 décembre 1988.

Annexe I Barème des prestations

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
1.	SERVICES PROFESSIONNELS ¹				
1.1.	HONORAIRES DE MÉDECIN ² CONSULTATIONS au cabinet d'un médecin (omnipraticien ou spécialiste, <u>y compris psychiatre</u>), ou en milieu hospitalier/clinique. VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement. TRAITEMENTS pratiqués par un médecin. CONSULTATIONS auprès d'un diététicien	80%	Oui	Traitements à des fins esthétiques. Traitements indiqués sous le code 1.7.	Sur prescription médicale, et sous réserve de l'approbation du médecin-conseil. Traitements remboursés en cas d'obésité (indice de masse corporelle > 30), d'anorexie ou de troubles métaboliques, à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu, le cas échéant.
1.7.	PSYCHIATRIE, PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHÉRAPIE Consultations avec un psychiatre et séances de psychanalyse ou de psychothérapie données ou prescrites par un médecin.	80%	Oui		Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
6.	FRAIS DE TRANSPORT				
6.3.	AUTRES TRANSPORTS À DES FINS MÉDICALES Déplacements aux fins de l'obtention de soins médicaux, lorsque des soins médicaux adéquats ne peuvent être obtenus au lieu d'affectation ou dans la zone de résidence.	100% 80%	Oui Non	(a) Transport au titre d'évacuation sanitaire de la personne protégée, dans la mesure où l'évacuation sanitaire est prise en charge par l'organisation qui emploie la personne assurée ou par l'employeur de la personne protégée. (b) Transport dans les limites géographiques du lieu d'affectation ou dans la zone de résidence, telle que définie dans le Règlement administratif.	Sous réserve de l'approbation préalable du médecin-conseil et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.

Notes: ¹ En règle générale, toutes les prescriptions de soins ou de médicaments doivent être faites avant la date du service ou de l'achat.

² Aux termes de l'article 2.1.3 des Statuts, le mot « médecin » vise tout médecin ou dentiste qualifié et habilité à prodiguer les divers types de traitement médical énumérés dans le Barème des prestations, dans le pays où une personne protégée fait appel à ses services professionnels.

Règlement administratif

Article 2.5.3

(Prestations supplémentaires)

1. Le seuil d'accès aux prestations supplémentaires est fixé pour chaque personne assurée à 25 pour cent du revenu applicable annuel, étant entendu que:

a) par « revenu applicable », il faut entendre le revenu sur la base duquel les cotisations de chaque personne assurée sont calculées, conformément aux dispositions pertinentes des articles 3.2, 3.3 ou 3.4 des Statuts. Cependant, si un(e) fonctionnaire travaille à temps partiel, le revenu applicable est basé sur la rémunération à temps partiel et non sur le revenu que le(la) fonctionnaire percevrait s'il (si elle) travaillait à temps plein. Le revenu applicable annuel est obtenu en multipliant par 12 le revenu applicable mensuel intégral;

b) le seuil est fixé une fois par an, le 1er janvier, pour toute l'année civile sur la base du revenu pertinent de la personne assurée pour le mois de janvier;

c) lorsque la protection commence après le 1er janvier, le seuil pour le reste de l'année civile est basé sur le revenu applicable de la personne assurée pour le mois au titre duquel la première rémunération mensuelle intégrale est perçue;

d) lorsque la personne assurée prend sa retraite au cours du mois de janvier, le seuil pour le reste de l'année civile est basé sur le revenu applicable pour le mois au titre duquel la première pension mensuelle intégrale est perçue.

2. Le taux des prestations supplémentaires est fixé à 20 pour cent.

3. Le Comité de gestion réexaminera régulièrement – au moins tous les deux ans, avant le début de chaque exercice financier de l'OIT – le niveau du seuil et du taux des prestations supplémentaires.

Article 3.5

(Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées)

► Taux des cotisations (en dollars E.-U.)

Catégorie	Cotisation mensuelle à partir du 1er juillet 2018	Cotisation mensuelle à partir du 1er janvier 2024	Cotisation mensuelle à partir du 1er janvier 2025
Pour les enfants de moins de 30 ans	3,55% de la rémunération, limitée à 260,00	3,64% de la rémunération, limitée à 260,00	3,73% de la rémunération, limitée à 260,00
Pour les conjoints	650.00	650.00	650.00
Pour les parents et beaux-parents	1 400.00	1 400.00	1 400.00

► Annexe I

(Barème des prestations)

Code 1.7

(~~Psychiatrie, p~~Psychanalyse ou psychothérapie)

1. Le maximum est fixé à 40 séances ou 4 000,00 dollars E.-U. de dépenses approuvées (soit une prestation ordinaire de 3 200,00 dollars E.-U.), selon le premier chiffre atteint, par personne et par année civile.

2. Sur approbation du médecin-conseil, le nombre maximum de séances et le seuil maximal de dépenses approuvées peuvent être augmentés jusqu'à concurrence de 20 séances supplémentaires ou 2 000,00 dollars E.-U. supplémentaires de dépenses approuvées par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 1 600,00 dollars E.-U.).

Code 4

(Soins dentaires)

~~1. Aucune prestation n'est payable pour les traitements entrepris au cours de la première année de protection~~

~~2.1. Par la suite, l~~Les dépenses approuvées maximales sont fixées à 1 500,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (soit un montant de prestations ordinaires de 1 200,00 dollars E.-U.).

~~3.2.~~ Le solde des dépenses approuvées restant à la fin de chaque année civile est reporté et ajouté au crédit de l'année suivante, sous réserve d'un maximum de report d'une année à l'autre de 4 500,00 dollars E.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 3 600,00 dollars E.-U.).

~~4.3.~~ Les traitements ou interventions suivants ne sont pas considérés comme des soins dentaires mais comme des soins médicaux aux fins de prise en charge:

- (i) traitement des malformations cranio-faciales;
- (ii) chirurgie des fentes de la face;
- (iii) chirurgie orthognatique;
- (iv) greffes osseuses non liées aux soins dentaires;
- (v) traitement du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;
- (vi) traitement de l'agénésie dentaire congénitale.

Code 5.1

(Appareils optiques)

- ~~1. Tout achat ou réparation effectué au cours de la première année de protection ne donne droit à aucune prestation.~~
- ~~2.1. Par la suite, l~~Les dépenses approuvées maximales sont fixées à ~~400320~~,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (ce qui correspond à ~~320256~~,00 dollars E.-U. de prestations ordinaires).
- ~~3.2.~~ Dans les limites du plafond prévu au paragraphe 2, les prestations afférentes aux montures ne peuvent dépasser 100,00 dollars E.-U.
- ~~4.3.~~ Le solde des dépenses approuvées restant à la fin de toute année civile est reporté et ajouté au crédit de l'année suivante, sous réserve d'un report maximum d'une année à l'autre de ~~1 200960~~,00 dollars E.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de ~~960768~~,00 dollars E.-U.).
- ~~5.4.~~ Le Comité de gestion peut autoriser le versement de prestations supérieures au maximum lorsque, par suite d'une opération chirurgicale, l'état des yeux nécessite un changement de verres.

Code 5.2

(Appareils auditifs)

- ~~1. Tout achat ou réparation effectué au cours de la première année de protection ne donne droit à aucune prestation.~~
- ~~2.1.~~ Les dépenses approuvées sont limitées à 3 750,00 dollars E.-U. (ce qui correspond à 3 000,00 dollars E.-U. de prestations ordinaires) par oreille pour la période de trois années civiles.

Code 9

(Médecines alternatives)

1. Le maximum des dépenses approuvées est fixé à ~~1 5004-200~~,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de ~~1 200960~~,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile).

2. Seuls les traitements énumérés ci-dessous donnent droit à remboursement :

- acupuncture;
- chiropraxie;
- médecine ayurvédique;
- médecine traditionnelle chinoise;
- mésothérapie;
- ostéopathie.

